М.В. Коркина, Н.Д. Лакосина, А.Е. Личко, И.И. Сергеев

ПСИХИАТРИЯ

Учебник для студентов

Рекомендуется Учебно-методическим объединением по медицинскому и фармацевтическому образованию вузов России в качестве учебника для студентов медицинских вузов

3-е издание

Москва
«МЕДпресс-информ»
2006

УДК 616.1/.8-053.2-08 (075.8)
ББК 56.14
К66

Авторы и издательство приложили все усилия, чтобы обеспечить точность приведенных в данной книге показаний, побочных реакций, рекомендуемых доз лекарств. Однако эти сведения могут изменяться.

Внимательно изучайте сопроводительные инструкции изготовителя по применению лекарственных средств.

Рецензенты:

зав. кафедрой психиатрии, психотерапии и клинической психологии Ярославской гос. мед. академии, действительный член МАИ, засл. врач РФ, докт. мед. наук, проф. ***Е.А. Григорьева***;
зав. кафедрой психиатрии, наркологии и клинической психологии Алтайского гос. мед. университета, засл. врач РФ, докт. мед. наук, проф. ***Б.Н. Пивень***,
начальник кафедры психиатрии Военно-мед. академии, главный психиатр МО РФ, докт. мед. наук, проф. ***В.К. Шамрей***.

Коркина М.В.

К66 Психиатрия: Учебник для студ. мед. вузов / М.В. Коркина, Н.Д. Лакосина, А.Е. Личко, И.И. Сергеев. — 3-е изд. — М.: МЕДпресс-информ, 2006. — 576 с.
ISBN 5-98322-217-1

В учебнике изложены основные вопросы психиатрии в сравнительно-возрастном плане. В разделе частной психиатрии наряду с традиционным освещением основных психических заболевании представлены такие актуальные в настоящее время темы, как психические расстройства при СПИДе, ожоговой болезни, психосоматические заболевания, психические нарушения у пострадавших при стихийных бедствиях и катастрофах. Поэтому вместе с изложением вопросов терапии и реабилитации психически больных в учебнике уделено внимание оказанию неотложной психиатрической помощи.

Учебник предназначен для студентов медицинских вузов, работающих психиатров, психотерапевтов, медицинских психологов и специалистов смежных дисциплин.

УДК 616.1/.8-053.2-08 (075 8)
ББК 56.14

ISBN 5-98322-217-1

ОГЛАВЛЕНИЕ

ПРЕДИСЛОВИЕ

Знание основ психиатрии необходимо врачам самых различных специальностей, так как подавляющее число больных первоначально обращается не к психиатрам, а именно к ним. В учебнике наиболее подробно описана та патология, с которой будущие врачи будут встречаться чаще всего: пограничная, или малая, психиатрия (неврозы, расстройства личности и переходные состояния), соматогенные психические нарушения, психические расстройства при общих и мозговых инфекциях, алкогольные расстройства различного уровня, наркомании, токсикомании, олигофрении.

В отличие от всех ранее изданных в нашей стране учебников психиатрии в настоящий впервые вошли разделы, характеризующие психические нарушения при стихийных бедствиях и катастрофах, при ожоговой болезни, при СПИДе, значительно шире представлены сведения о психосоматических болезнях, о нервной анорексии и нервной булимии.

Литература, посвященная психиатрии, в настоящее время достигла необычайных масштабов. Однако, к сожалению, в ее издании участвуют не только специалисты, но и значительное число лиц, весьма далеких не только от психиатрии, но и от медицины вообще. Именно поэтому у человека непосвященного может сложиться о психиатрии — предмете ее изучения, целях и задачах — самое неправильное, порой превратное представление.

Авторы настоящего учебника, поставив перед собой задачу в максимально доступной форме изложить сложнейшие вопросы нарушений психической деятельности человека в разные периоды его жизни, надеются, что более адекватные представления о формах этой патологии и методах лечения больных с психическими расстройствами будут способствовать не только совершенствованию высшего медицинского образования, но и повышению общего культурного уровня будущего врача.

Авторы будут признательны за все критические замечания по поводу данного учебника.

ПРЕДИСЛОВИЕ КО ВТОРОМУ ИЗДАНИЮ

После выхода первого издания учебника «Психиатрия» прошло более шести лет. За эти годы произошли существенные изменения в организации психиатрической помощи, стал активно действовать Закон «О психиатрической помощи», появились новые статьи в УК и ГК РФ, регламентирующие проведение судебно-психиатрической экспертизы, и новое Расписание болезней для проведения военно-врачебной экспертизы.

Появилась новая версия Международной классификации болезней (10-й пересмотр). В широкую психиатрическую практику вошли новые психотропные препараты.

Все это дало основание авторам подготовить втрое издание учебника, переработанное и дополненное.

Ряд глав или их основных разделов написаны заново, например, «Биологическая терапия», «Основы психопрофилактики», «Классификация психических расстройств», главы «Шизофрения», «Психопатии (Расстройства личности)». Эти главы и разделы написаны и переработаны профессором И.И. Сергеевым (заведующим кафедрой психиатрии и медицинской психологии Российского Государственного медицинского университета).

В главе «Организация психиатрической помощи» представлена подробная характеристика Закона «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании». Знание этого закона необходимо врачу любой специальности.

Учебник дополнен изложением основных положений проведения экспертизы при психических расстройствах (судебно-психиатрической, военной и экспертизы трудоспособности).

Уточнены некоторые характеристики психопатологических синдромов с учетом их трактовки в МКБ-10

В третьей части учебника «Частная психиатрия» авторами соотнесены традиционно выделяемые в отечественной психиатрии клинико-нозологические формы с выделенными в МКБ-10 психическими расстройствами.

Из учебника исключены запрещенные к настоящему времени методы терапии психических расстройств и представлены новые лекарственные и другие способы лечения.

В учебнике сохраняется описание психопатологических синдромов и психических расстройств в сравнительно-возрастном аспекте, что делает его универсальным, т.е. им могут пользоваться студенты как лечебного, так и педиатрического факультетов.

Объем представленной в учебнике информации соответствует программе по психиатрии для студентов медицинских институтов и медицинских факультетов университетов.

ВВЕДЕНИЕ В ПСИХИАТРИЮ

1. ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ

Психиатрия - медицинская дисциплина, занимающаяся изучением диагностики и лечения, этиологии, патогенеза, распространенности психических болезней и организации психиатрической помощи населению.

Психиатрия (греч. psyche — душа, iatreia — лечение) в буквальном переводе означает лечение души. Это не соответствует нашим современным понятиям о психических заболеваниях. Чтобы понять происхождение этого термина, следует обратиться к истории формирования человеческого мировоззрения. В давние времена человек видел окружающие явления и предметы и наделял каждый из них душой Смерть, сон казались первобытному человеку непонятными и необъяснимыми. Считалось, что во сне душа выходит из тела, где-то бродит, видит разные события, участвует в них и это видит человек во сне. Считалось, что будить спящего нельзя, так как душа может не успеть вернуться. В тех случаях, когда душа отлучалась и не возвращалась, человек умирал.

Эти воззрения подвергались критике еще в Древней Греции. В тот период делается попытка связать психические переживания и психические заболевания с тем или иным органом человеческого тела. Так, у древних греков органом любви считалась печень и на древних скульптурах бог любви стрелой излука пробивает печень, и только на более поздних изображениях органом любви становится сердце, пронзенное стрелой Амура.

Можно думать, что термин «психиатрия» возник именно тогда, когда все живое, и человек в том числе, наделялось душой.

Этот термин не соответствует нашим представлениям о психиатрии, и поэтому были попытки заменить его другим. Например, В.М. Бехтерев предлагал название «патологическая рефлексология», В.П. Осипов — «тропопатология» (от греч. tropos — образ действия, направление), А.И. Юшенко — «персонопатология». Эти названия не нашли последователей, и остался термин «психиатрия», утративший свой первоначальный смысл.

Психиатрия — это медицинская специальность, являющаяся частью клинической медицины. Для изучения психических заболевании наряду с основными методами клинической медицины (осмотр, пальпация и аускультация) используются основные приемы для выявления и оценки психического состояния — наблюдение за больным и беседа с ним.

При наблюдении за больным можно обнаружить своеобразие его поступков и поведения, которые обусловлены психическими нарушениями. Например, больной может затыкать уши или нос при слуховых или обонятельных галлюцинациях. При обонятельных галлюцинациях больные могут заклеивать окна, вентиляционные отверстия, чтобы газ, который якобы пускают соседи, не проникал в квартиру. Больные могут совершать непонятные окружающим движения, являющиеся ритуалами и освобождающие их от навязчивых страхов: идя по улице, они стремятся перешагивать через трещины на асфальте, «чтобы не случилось беды», или бесконечно моют руки при страхе загрязнения, ездят определенным маршрутом, пересаживаются из одного вида транспорта в другой, спасаясь от «преследователей».

При беседе больной может сообщить врачу о своих переживаниях, опасениях, страхах, плохом настроении, объяснить неправильное поведение, высказать неадекватные ситуации суждения и бредовые переживания.

Большое значение для оценки состояния больного имеют сведения о его прошлой жизни, отношение к происходящим событиям, взаимоотношения с окружающими. Часто при этом выявляются болезненные трактовки событий и явлений, и тогда речь идет не столько об анамнезе, сколько о психическом состоянии больного.

Для оценки психического состояния существенную роль играют данные объективного анамнеза, сведения, полученные от родственников больных и окружающих лиц.

Врачам иногда приходится встречаться с отрицанием болезни не только самим больным (анозогнозия), но и его близкими родственниками. Это наиболее часто наблюдается именно при таких психических заболеваниях, как эпилепсия, олигофрения, шизофрения. Известны случаи, когда родители больного, достаточно образованные люди и даже врачи, как бы не видят явных признаков болезни. Некоторые из них, несмотря на отрицание факта болезни, соглашаются на проведение необходимой терапии. В этих случаях врач обязан проявлять максимальную гибкость и такт и, исходя из интересов больного, проводить лечение, не уточняя диагноза, не настаивая на нем, не убеждая ни в чем родственников.

Большие трудности возникают в тех случаях, когда родственники, отрицая болезнь, отказываются от проведения необходимого лечения, что приводит к утяжелению симптоматики

и переходу заболевания в хроническое течение.

Особенностью психических заболевании является длительность их течения. Если соматическое заболевание часто является эпизодом в жизни больного, то психические болезни продолжаются годы, а иногда и всю жизнь. В связи с этим возникают социальные проблемы: трудоустройство больного, перенесшего приступ болезни, улучшен нежилищных условии и нормализация семейных отношений, взаимоотношения с окружающими его людьми и т.д.

В процессе оценки психического заболевания и его последствий большую роль играет личность больного, уровень зрелости личности, ее сформировавшиеся характерологические особенности. Роль личности наиболее отчетливо выявляется при психогенных заболеваниях, именно особенностями личности обусловлены, как правило, клинические варианты неврозов.

П.Б. Ганнушкин писал, что в процессе врачебного образования психиатрия занимает особое место. Первым этапом или фундаментом всего здания медицинскою образования являются биологические основы медицины, вторым этапом служит клиническая медицина, клиника вообще. Этот этап П.Б. Ганнушкин сравнивал с жилыми этажами здания. Здесь молодой медик сталкивается с живым человеком, с его страданиями. По мере прохождения второго этапа, по мере расширения клинического кругозора открываются новые стороны дела, новые точки зрения, которые и составляют последнее звено врачебного образования. Этот последний этап, по мнению П.Б. Ганнушкина, можно сравнить с куполом храма, с последним этажом высокого здания, откуда видна перспектива, возникает возможность синтезировать полученные знания, сочетать в оценке состояния больного роль индивидуальною и социального в развитии болезней и прежде всего психических.

В процессе развития психиатрии происходила дифференциация ее разделов и как самостоятельные выделились детская и подростковая психиатрия, гериатрическая, судебная, военная психиатрия, наркология, психотерапия, которые, основываясь на общих психиатрических знаниях, развивают свое направление в науке и практической деятельности.

Психиатрия является клинической медицинской дисциплиной, между соматическими заболеваниями и психическими нарушениями имеются тесные связи. Любая соматическая болезнь оказывает влияние на личность больного и его психическую деятельность. Иными словами, психические нарушения при соматических заболеваниях складываются из психических соматогенных расстройств и реакций личности на болезнь. Выраженность их при разных заболеваниях неоднозначна. Так, при сосудистых заболеваниях: гипертонической болезни, атеросклерозе, эндокринных заболеваниях — решающая роль принадлежит соматогенному фактору. При заболеваниях, в результате которых наблюдаются дефекты лица, обезображивающие рубцы, обычно более выражены реакции личности.

Реакции личности на болезнь зависят от многих факторов: 1) характера заболевания, остроты его и темпа развития; 2) представления об этом заболевании у самого больного; 3) характера лечения и психотерапевтической обстановки; 4) личности больного; 5) отношения к болезни родственников и сослуживцев, т.е. общественного резонанса, который вызывает это заболевание.

Л.Л. Рохлин выделял следующие варианты реакций личности на болезнь: астенодепрессивный, психастенический, ипохондрический, истерический и эйфорически-анозогнозический. На реакцию личности на болезнь оказывают влияние характер диагноза, изменение физической полноценности и внешности, положения в семье и обществе, жизненные ограничения и лишения, связанные с болезнью, необходимость лечения (стационарного и амбулаторного), операции.

Психические нарушения, обусловленные соматическими заболеваниями, давно привлекали внимание.

К. Шнейдер предложил термин «соматически обусловленные психозы». Для установления такого диагноза необходимы следующие условия: 1) наличие отчетливой симптоматики соматического заболевания; 2) наличие очевидной связи по времени между соматическими и психическими расстройствами; 3) параллелизм течения психических и соматических расстройств; 4) наличие «экзогенной» или органической симптоматики.

Все психические болезни, в том числе и психические расстройства, соматогенно обусловленные, могут носить психотический, невротический и психопатический характер. По-видимому, правильнее говорить не о характере психических расстройств, а об уровне психических нарушений.

Под психотическим уровнем психических нарушений принято понимать такое состояние, при котором больной неадекватно оценивает себя, окружающую обстановку, отношение внешних событий к нему и к его ситуации, сопровождающееся нарушением психических реакций, поведения и дезорганизацией психики. Между психотическим уровнем нарушений

психической деятельности и психозом часто ставится знак равенства. Под психозом принято понимать болезненное расстройство психики, проявляющееся целиком или преимущественно неадекватным отражением реального мира с нарушением поведения, изменением различных сторон психической деятельности, обычно с возникновением не свойственных нормальной психике явлений (галлюцинации, бред, психомоторные и аффективные расстройства).

Невротический уровень расстройств психической деятельности не сопровождается изменением отношения к происходящим событиям, характеризуется сохранением правильной оценки собственного состояния как болезненного, правильным поведением и наличием расстройств в сфере вегетативных, сенсомоторных и аффективных проявлений. А.А. Портнов дал определение этих расстройств как нарушение непроизвольной адаптации.

Психопатический уровень психических нарушений характеризуется стойкой дисгармонией личности, выражающейся в нарушении адаптации к окружающей среде из-за чрезмерной эффективности и аффективной оценки окружающего. Психопатический уровень психических нарушений может существовать у больного всю жизнь или возникать в связи с перенесенными заболеваниями, при аномалиях развития личности.

Выраженные психотические расстройства (психозы) встречаются значительно реже непсихотических. Исследования свидетельствуют, что на психозы приходится только около 20% всех психических расстройств. Часто психические нарушения в начале болезни проявляются вегетативными и соматическими симптомами, в связи с чем больные обращаются в первую очередь к врачам общей практики.

Хорошо известно, что психические травмы неблагоприятно влияют на течение соматических заболеваний, под влиянием неприятных переживаний нарушается сон, ухудшается аппетит, понижается активность и сопротивляемость организма болезни. Однако в периоды эмоционального подъема наблюдается обычно уменьшение случаев соматических болезней, например под влиянием патриотических чувств во время Великой Отечественной войны.

На начальных этапах развития психических заболеваний часто соматические расстройства более выражены, чем психические нарушения.

1. У студентки медицинского училища появились жалобы на сердцебиение, подъемы артериального давления. Терапевты никакой патологии не находили, считая эти расстройства возрастными и функциональными. Затем у нее исчезли менструации, при обращении к гинекологу патологии не выявлено. Она стала быстро полнеть, но и эндокринолог не обнаружил никаких нарушений. Никто не обратил внимание на пониженное настроение, двигательную заторможенность и ухудшение успеваемости Снижение успеваемости связывали с обеспокоенностью ее по поводу соматического состояния. Только после того, как она пыталась совершить суицидальную попытку, она была проконсультирована психиатром и стало ясно, что у нее депрессивное состояние.

2. Врач 51 года после отпуска на юге стал жаловаться на боли за грудиной и плохое самочувствие. С подозрением на инфаркт миокарда был стационирован в терапевтическое отделение больницы, где работает. Обследование не обнаружило сердечной патологии, его коллеги заходили к нему, уверяли, что все в порядке, а он чувствовал себя все хуже и хуже. У него появилась мысль, что его считают симулянтом, предателем, думают, что он не хочет работать, специально жалуется на боли в сердце, а сердце у него, как считают врачи, здоровое. Особенно тягостные состояния были по утрам. Однажды утром больной прошел к себе в отделение, взял в операционной скальпель и пытался покончить жизнь самоубийством. Психиатр выяснил, что депрессия у больного возникла второй раз, она сопровождалась всеми признаками депрессивного состояния: тоской, двигательной заторможенностью, снижением интеллектуальной активности, замедлением мыслительной деятельности, потерей веса и др.

3. Родители обратились к врачу с жалобами на рвоту у ребенка, возникающую во время сеанса кино. Исследовали желудок, печень, затем ребенка обследовал невропатолог, но никакой патологии обнаружено не было. При расспросе удалось выяснить, что первый раз рвота возникла после того, как в фойе кинотеатра отец дал ребенку плитку шоколада, пирожное, мороженое, яблоко и конфеты. Во время сеанса у ребенка возникла рвота, и с тех пор по механизму условного рефлекса у него в кинотеатре бывает рвота.

К врачам общей практики чаще обращаются не только больные с начальными проявлениями психических заболеваний, но и больные с непсихотическими формами, при которых могут преобладать вегетативные расстройства. В отличие от психотических расстройств В.А. Гиляровский предпочитал всю группу непсихотических расстройств называть пограничной, а П.Б. Ганнушкин — малой психиатрией. В.А. Гиляровский считал, что расстройства при пограничной психиатрии находятся на грани между психической болезнью и психическим здоровьем или между психической и соматической болезнью. О.В. Кербиков писал, что не существует

четких границ между формами пограничной психиатрии, неврозами и психопатиями, между ними имеется много переходных и смешанных состояний. Нет четких границ и между другими группами психических расстройств и пограничными. Это создает большие диагностические трудности для врачей общей практики, которые должны распознать психическое нарушение, оценить его и принять соответствующее решение по оказанию помощи больному.

2. АКТУАЛЬНОСТЬ ПСИХИАТРИИ ДЛЯ ВРАЧЕЙ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ И ДРУГИХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ

Любой врач, в какой бы области медицины он ни работал, какую бы специальность ни избрал, непременно должен исходить из того, что имеет дело прежде всего с живым человеком, личностью со всеми ее индивидуальными особенностями. В наиболее целостном понимании больного врачу помогут знания по психиатрии, в особенности пограничной.

Знание психиатрии необходимо каждому врачу: подавляющее число психически больных в первую очередь обращаются не к психиатрам, а к представителям другой медицинской специальности, причем часто проходит весьма значительный период времени, прежде чем такой больной попадает под наблюдение психиатра.

Особенно часто врач общего профиля имеет дело с лицами, страдающими неврозами и психопатиями — «малыми» формами психических отклонений, которыми и занимается «малая», или пограничная, психиатрия.

Пограничная психиатрия, отмечал видный советский психиатр О.В. Кербиков, это как раз та область, в которой наиболее необходим контакт психиатра с врачами общего профиля, находящимися, можно сказать, на переднем крае охраны психического здоровья населения.

Знание психиатрии в целом и пограничной в особенности поможет врачу избежать неправильного обращения с больным, свято следовать наказу, с которым обращался к коллегам еще Гиппократ: «Не вреди». Неправильное обращение с больным, что может выразиться не только в пугающих больного словах, но в мимике и жестах, способно вызвать так называемую ятрогению (о чем в учебнике будет написано подробно) — болезнь, невольно вызванную врачом. При этом самое опасное заключается в том, что врач не сможет сделать выводы из своих ошибок, ибо «больной, которому врач причинил своим неправильным поведением вред, никогда больше к нему не обратится» (Бумке О.).

Врач не только должен вести себя правильно сам, но и следить за поведением сестры, обучать ее, так как болезнь может вызвать и медицинская сестра (сорророгения), не соблюдавшая правил деонтологии.

Чтобы избежать ненужного травмирования больного, врач должен уяснить себе, как его пациент относится к своей болезни, какова его реакция на нее (то, что называется внутренней картиной болезни).

Врачи общей практики нередко первыми встречаются и с психозами в их самой начальной стадии, когда болезненные проявления еще не очень выражены, не слишком заметны.

С начальными проявлениями может столкнуться врач любого профиля, особенно если начальная психопатология внешне напоминает какое-то соматическое заболевание. Более того, иногда и выраженные психические нарушения «стимулируют» то или иное соматическое заболевание, что может касаться, в частности, разнообразной ипохондрической симптоматики (когда больной твердо «убежден», что у него рак, сифилис, какой-то безобразящий его физический недостаток, и категорически требует соответствующего специального или хирургического лечения), истерических расстройств (истерическая слепота, глухота, параличи и т.д.), скрытой (соматизированной, ларвированной) депрессии, протекающей под маской соматического заболевания, и др.

Любой, но гораздо чаще общего профиля, врач может попасть в ситуацию, когда требуется оказание ургентной (неотложной) психиатрической помощи: купировать состояние острого психомоторного возбуждения (например, у больного с белой горячкой), сделать все необходимое при возникновении эпилептического статуса, при попытках к самоубийству и т.д.

Врачи общего профиля, так же как и каждый из представителей какой-то другой медицинской специальности, должны уметь подойти к психически больному, войти с ним в контакт для его соматического обследования (неврологического, хирургического, офтальмологического или любого другого), которое может быть необходимо для больного как в амбулаторных, так и в стационарных условиях. В первую очередь это касается общетерапевтического обследования, которому должен подвергнуться каждый вновь поступающий психически больной; делать это необходимо и в дальнейшей динамике заболевания.

Врачи всех профилей должны хорошо знать и соматогенные психические нарушения,

возникающие в связи с патологией внутренних органов и систем, их начальные проявления, динамику, возможные опасные последствия (внезапное резкое возбуждение, попытки выпрыгнуть из окна и т.д.).

Каждый врач должен также знать, что, помимо соматогенной психической патологии, существуют и психосоматические расстройства — соматические заболевания, обусловленные воздействием психотравмирующих факторов.

Достаточные представления о взаимовлиянии психических и соматических заболеваний несомненно будут способствовать не только точной диагностике, но и проведению наиболее адекватного лечения.

Наконец, врач должен обладать достаточными знаниями, чтобы бороться с разного рода вредными суевериями, деятельностью шарлатанов от медицины, самозванных «целителей», часто приносящих большой вред больному, вплоть до возникновения тяжелых психических расстройств. В этом ему во многом поможет знание психиатрии.

Глава 1. СОВРЕМЕННЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ В ПСИХИАТРИИ

1.1. Основные направления в психиатрии

К концу XX столетия в мировой психиатрии сохраняются следующие основные направления.

Нозологическое направление (от греч. nosos — болезнь) принято в нашей стране и распространено в немецкоязычных странах. Все психические расстройства представлены в виде отдельных психических болезней (шизофрения, маниакально-депрессивный, алкогольный и другие психозы). Считается, что каждой болезни присущи свой особый этиопатогенез (допускается разнообразие провоцирующих и предрасполагающих факторов), характерная клиническая картина и течение (хотя выделяются разные типы и их варианты), а также наиболее вероятный прогноз. Возлагавшиеся первоначально надежды на то, что для каждой болезни будет свой особый метод лечения (прививка малярии при прогрессивном параличе, инсулиношоковая терапия при шизофрении и т.д.), не оправдались. Подавляющее большинство современных психотропных средств эффективно при определенных синдромах и даже симптомах, независимо от той болезни, при которой они встречаются. Другим недостатком нозологического направления является неясное положение тех психических расстройств, которые не укладываются в клиническую картину и течение определенных заболеваний. Примером могут послужить случаи, промежуточные между шизофренией и маниакально-депрессивным психозом. Одни авторы считают их особыми шизоаффективными психозами, другие включают в шизофрению, третьи трактуют как атипичные формы маниакально-депрессивного психоза. Существуют также расстройства, как бы промежуточные между шизофренией и пограничными состояниями — неврозами, психопатиями (шизотипическое расстройство, называемое также вялотекущей, или пограничной, шизофренией).

Основоположником нозологического направления во всем мире считается немецкий психиатр Эмиль Крепелин, который первым представил почти все психические расстройства в виде отдельных болезней. Однако некоторые психические болезни были выделены в качестве самостоятельных до систематики Крепелина: циркулярное помешательство, описанное французским психиатром Жан-Пьером Фальрё (впоследствии названное маниакально-депрессивным психозом), алкогольный полиневритический психоз, выделенный С.С. Корсаковым, прогрессивный паралич — одна из форм сифилитического поражения мозга, описанная французским психиатром Антуаном Бейлем.

Ведущим методом нозологического направления служит тщательное описание клинической картины и течения психических расстройств, за что представители других направлений называют данное направление «дескриптивной» (т.е. описательной) психиатрией Крепелина.

Синдромологическое направление господствовало в психиатрии в XIX веке и в настоящее время наиболее сохраняется во французской психиатрии. Диагнозами служат названия синдромов (депрессия, делирий, хронический бред, кататония, спутанность и т.д.) независимо от вызвавших их причин. В начале XX века это направление уступило место нозологическому. Однако с появлением в 50-х годах психотропных средств, каждое из которых эффективно при определенных синдромах, синдромологическое направление вновь стало приобретать сторонников. Обычно оно входит как составная часть в эклектическое направление.

Эклектическое направление (его представители чаще называют данное направление «прагматическим», или »атеоретическим») к концу XX века стало наиболее распространенным в мировой психиатрии. По сути дела его отражают Международная классификация психических болезней (9-й и 10-й пересмотры) и особенно современная американская классификация

психических расстройств — DSM-III-R (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). Систематика строится так, чтобы по возможности отразить суждения представителей разных направлений и многих психиатрических школ. Если причина психического расстройства в общем известна (алкоголизм, наркомании, старческое слабоумие и др.), то оно выделяется по нозологическому принципу. Если же причины неясны, а характерные органические изменения в мозге не установлены, то систематика приближается к синдромологической (выделяются расстройства бредовые, аффективные и др.) или к психоаналитическому направлению (например, диссоциативное расстройство — «раздвоение личности»).

Психоаналитическое направление основывается на учении всемирно известного австрийского психиатра, невролога и психолога Зигмунда Фрейда. Согласно этому учению, психика человека состоит из сознания («Я», или «Эго«), подсознательной сферы («Оно», или «Ид«) и «сверхсознания» («сверх-Я», или «супер-Эго»). В подсознательном сосредоточены инстинкты и влечения, особое значение придается сексуальности (либидо). Между «Я» и «Оно» находится «цензура» — преграда, не пропускающая из подсознательного в сознание инстинкты и влечения и тем самым властвующая над поведением. Во время сна цензура ослабевает, и тогда силы бессознательного прорываются в сновидения, обычно в символическом виде. Но и в бодрствующем состоянии бессознательное дает о себе знать в виде оговорок, описок, неожиданных ассоциаций и др. «Супер-Эго» — область запретов: морали, нравственности, совести, чувства вины и ответственности, оно стоит на страже интересов всего человечества в целом.

Психоаналитическое направление обычно оставляет в стороне психические расстройства при органических поражениях головного мозга. Оно сосредоточено главным образом на неврозах, а также на расстройствах личности, депрессиях и других «функциональных» психических расстройствах. В качестве универсального метода лечения используется психоанализ — длительные многомесячные курсы психотерапевтических сеансов, задача которых извлечь из подсознательного спрятанные в нем, подавленные комплексы переживаний прошлого, особенно детства, которые якобы полностью питают психические нарушения.

«Антипсихиатрия» — общественное течение, особенно распространившееся в Европе в 60—70-х годах, в котором принимали участие отдельные психиатры. Кроме органических поражений мозга, отрицается существование каких-либо психических болезней, которые рассматриваются как «особая форма существования», «иная жизнь». Эти болезни якобы были «выдуманы» психиатрами и используются обществом для изоляции неугодных ему людей. Таким взглядам способствовало широкое применение психотропных средств, благодаря чему психические расстройства стали протекать в более стертых и часто незаметных для обывателей формах. Это же позволило избежать прежнего длительного стационирования. В итоге многие психиатрические больницы были закрыты, а психически больные пополнили число бездомных бродяг. Постепенно «антипсихиатрия» стала пользоваться все меньшей популярностью. Но ей на смену пришло новое общественное течение, направленное на борьбу со злоупотреблением психиатрией в политических целях. В ряде стран, в том числе и в нашей, подобные случаи имели место. В фашистской Германии они приняли размах массового террора: больных неизлечимыми психическими заболеваниями, даже тяжелыми психопатиями, уничтожали как неполноценных.

Однако при обвинениях в злоупотреблении психиатрией, особенно со стороны неспециалистов, часто не учитываются два важных обстоятельства: возможность диагностических ошибок, совершаемых непреднамеренно и чаще из-за низкой квалификации врачей, и возможность стойких полноценных ремиссий, фактически граничащих с выздоровлением. В последнем случае больные могут отрицать бывшее ранее психическое расстройство, заявляя, что они якобы его симулировали с какой-либо целью или были неправильно поняты.

1.2. Основные разделы современной психиатрии

От направлений в психиатрии, отражающих определенные теоретические концепции, следует отличать разделы или области современной психиатрии. К ним относятся следующие:

Детская, подростковая и гериатрическая психиатрия являются разделами клинической психиатрии, посвященными особенностям проявлений, течения, лечения и профилактики психических расстройств в соответствующем возрасте.

Наркология включает диагностику, лечение и профилактику алкоголизма, наркоманий и токсикомании. В последнее время в западных странах врачей, специализирующихся в данной области, стали называть «аддикционистами» (от англ. addiction — пристрастие)

Судебная психиатрия разрабатывает основы судебно-психиатрической экспертизы и проблемы предупреждения общественно опасных действии психически больных.

Социальная психиатрия сосредоточена на изучении роли социальных факторов в возникновении, течении, лечении и профилактике психических расстройств и разработке научных основ организации психиатрической помощи

Транскультуральная (или кросс-культуральная) психиатрия посвящена сравнительному исследованию особенностей психических расстройств и уровня психического здоровья среди различных наций, культур и общественных строев

Ортопсихиатрия объединяет подходы психиатрии, психологии и других медицинских и социальных наук к исследованию и лечению нарушений поведения. Особое внимание уделяется профилактическим мерам, направленным на предупреждение этих нарушений у детей.

Биологическая психиатрия — теоретическая область изучения биологических (нейрофизиологических, биохимических, иммунологических и др.) механизмов развития психических расстройств и действия лекарственных и других биологических методов лечения.

Разделами психиатрии также являются сексопатология и суицидология (изучение причин и разработка мер по предупреждению самоубийств и суицидального поведения, предшествующего им).

Смежными с психиатрией, но особыми научными дисциплинами являются психотерапия, медицинская психология и психофармакология.

I ПРОПЕДЕВТИКА ПСИХИАТРИИ

Глава 2. МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ

2.1 .Клиническое обследование

2.1.1. Опрос больного и сбор анамнеза

Опрос больного. В психиатрии опрос больного считается важнейшим методом обследования Большинство симптомов психических расстройств можно выявить только со слов больного (явления психического автоматизма, навязчивые мысли и опасения, бредовые идеи, многие обманы чувств, деперсонализационные и дереализационные нарушения и др.). Некоторые психические нарушения на основании наблюдения за поведением больного можно лишь заподозрить (слуховые галлюцинации, когда больной к чему-то прислушивается, бред преследования — по напряженному и испуганному виду и т.д.). При резком возбуждении, ступоре, нарушенном сознании расспрашивать приходится после того, как эти состояния минуют. С больным в психотическом состоянии лучше беседовать, предварительно получив о нем сведения от родных и близких, но при непсихотических расстройствах первым лучше расспрашивать самого больного, что повышает его доверие к врачу.

Опрос требует от психиатра определенных навыков, которые приобретаются в процессе накопления профессионального опыта. С одной стороны, больному всегда надо дать высказаться, а с другой — инициатива всегда должна быть в руках врача. Какая-либо единая схема невозможна. Начинать обычно приходится с того, что послужило причиной обращения к психиатру. От врача всегда требуются выдержка, терпение, неизменная доброжелательность и сочувствие даже при явно враждебном отношении к нему больного. Однако всегда необходимо сохранять дистанцию, не допускать фамильярности. Никогда не следует скрывать от больного цели расспроса, представляться кем-либо другим, а не врачом-психиатром. При отказе отвечать на вопросы важнейшие из них все же должны быть заданы и отмечена реакция больного на них.

В задачу расспроса входит выяснить, насколько больной понимает происходящее вокруг, ориентирован в месте и времени, сохранена память на важнейшие события в его жизни и на события, предшествовавшие обращению к врачу. Больного просят дать объяснение тем его поступкам или высказываниям, которые у других могли вызвать подозрение о психическом расстройстве.

Если больной сам не высказывается о своих болезненных переживаниях, то ему задают наводящие вопросы о галлюцинациях, бреде и других расстройствах, наличие которых можно предположить, судя по его поведению или по полученным о нем сведениям. Всегда полезно задать вопрос о наличии суицидальных мыслей не только в настоящем, но и когда-либо в прошлом. Важно также выяснить отношение больного ко всем выявленным болезненным переживаниям и особенностям поведения: отсутствие критики, частичное, неустойчивое или достаточное критическое отношение к ним.

Расспрос больного следует проводить в отсутствие его родных и близких.

Анамнез в психиатрии принято разделять на субъективный и объективный, хотя эти обозначения весьма условны.

Субъективный анамнез. Сведения от самого больного собираются в процессе его опроса. Анамнез болезни сводится к выяснению, когда и какие ее признаки впервые появились, какие события этому предшествовали, как эти проявления изменялись, когда исчезали и т.д. Анамнез жизни включает воспоминания: в какой семье вырос, кто родители, как учился, какие в детском и подростковом возрасте были нарушения поведения (побеги из дома и т.д.). Важно выяснить, было ли злоупотребление алкоголем, наркотиками и другими дурманящими средствами, в каком возрасте началось, насколько интенсивным было. Существенными являются данные о том, как больной оценивает свой социальный статус — трудовой и семейный: удовлетворен ли им, чем тяготится и чего ему недостает. Представляет интерес спросить больного о тех событиях прошлой жизни, которые он сам считает самыми тяжелыми, как он их переживал, были ли суицидальные мысли и попытки. Соматический анамнез, кроме перенесенных тяжелых заболеваний, должен учитывать сведения о черепно-мозговых травмах, даже с мгновенной потерей сознания, о нейроинтоксикациях и мозговых инфекциях и склонность к аллергическим реакциям.

Объективный анамнез — сведения, получаемые от родных и близких и других лиц, хорошо знающих больного. Эти сведения лучше получать от каждого по отдельности, в отсутствие других. Название «объективный» является условным, так как каждый опрашиваемый в свой рассказ привносит субъективное отношение к больному. Врач должен руководить беседой, узнавая факты и пресекая попытки навязать себе чужое мнение. Так же собирают анамнез болезни: выясняют, когда и какие ее проявления возникли и что этому могло способствовать, а также анамнез жизни: сведения о наследственной отягощенности (психические болезни, слабоумие, алкоголизм и наркомании, суициды среди кровных родственников, а также наличие среди них лиц с необычно тяжелым характером). От родителей можно узнать об особенностях развития в детстве. Далее им задают те же вопросы, что и самому больному. Важно выяснить, о чем больной умолчал и что представил по-иному.

2.1.2. Осмотр больного

Осмотр психиатра отличается от обычного соматического. Должны быть отмечены следы повреждении (кровоподтеки, ссадины, рубцы от бывших порезов и ожогов, многократных инъекций, следы от странгуляционной борозды на шее) и описаны в истории болезни, что важно для возможных последующих экспертиз. Если в психиатрический стационар поступает неизвестный без документов, то должны быть описаны его основные внешние приметы: рост, телосложение, цвет глаз и волос, приблизительный возраст, родимые пятна, татуировки и рубцы на теле, а также имеющиеся физические недостатки.

Неврологический осмотр проводится по правилам, излагаемым в учебниках нервных болезней. Важно отметить так называемые минимальные нарушения (асимметрия лицевой иннервации, сухожильных рефлексов и т.д.), которые могут быть следствием резидуального органического (посттравматического и др.) поражения головного мозга.

Соматический осмотр больных, неспособных предъявить жалобы, должен быть особенно тщательным. При наличии некоторых видов бреда, негативизме больные могут намеренно утаивать соматические нарушения.

Если из-за резкого возбуждения и сопротивления больного осмотреть не удается, то это должно быть отмечено в истории болезни.

2.1.3. Наблюдение за поведением больного

Наблюдение за поведением осуществляет не только врач. В стационарах дежурный средний медицинский персонал ведет специальные дневники, где отмечает за период своей смены особенности поведения каждого больного, находящегося под строгим или усиленным наблюдением. Об остальных больных записи делают по мере надобности (нарушения режима, конфликты, отказ от еды или видимые внешние проявления психических расстройств).

Врач начинает наблюдение с первого контакта с больным. При возбуждении отмечают его особенности: целенаправленные действия или бессмысленные стереотипно повторяющиеся движения, возгласы, мимика, реакция на окружающее. При заторможенности надо оценить ее степень. Во время беседы отмечаются особенности интонации голоса больного (монотонность, скорбность и т.д.), живость мимики, жесты, а также особенности речи (быстрая, медленная, задержки, тихая и т.д.). На поведении могут ярко отражаться галлюцинации (больной к чему-то пристально приглядывается, прислушивается, принюхивается) и бред (крайняя подозрительность и настороженность, внезапная агрессия по отношению к кому-либо).

2.1.4. Специальные клинические карты и шкалы для оценки психических расстройств

В связи с компьютеризацией медицинской документации получили распространение различные стандартизированные оценки психических нарушений, например формализованные истории болезни. Идею возможности подобной оценки еще в 1918 г. высказал выдающийся немецкий психиатр Э. Крепелин.

С середины 60-х годов было предложено множество схем, карт с перечислением симптомов и шкал, где выраженность каждого симптома, кроме того, оценивается в баллах. Выделяют два основных типа шкал — самооценки и «объективные».

Шкалы самооценки заполняет сам больной. В основном они предназначены для непсихотических расстройств, например для больных с неврозами, которые дают оценки в баллах каждой из своих жалоб (утомляемость, раздражительность, плохой сон и т.д.) до и после лечения.

«Объективные шкалы» заполняются врачом на основании клинического обследования больного. В баллах оценивается тяжесть каждого симптома — суммарный балл отражает тяжесть состояния. Например, в первой разработанной в нашей стране шкале Ю.Л. Нуллера и И.Н. Михаленко (1966) для оценки тяжести депрессий градуировались в баллах степень угнетения настроения, тревога, страх, идеи самообвинения, двигательная заторможенность и др.

2.2. Психологическое обследование

Психологическое обследование проводится специалистами — медицинскими (клиническими) психологами или врачами, получившими специальную подготовку по медицинской психологии. Задачей является обнаружение нарушений психических процессов — восприятия, памяти, внимания, мышления, оценка особенностей интеллекта и личности в целом. Важны те инициальные, маловыраженные нарушения, которые еще могут не проявляться при клиническом обследовании. Например, с помощью специальных приемов, когда в начале шизофрении еще не проявились нарушения мышления, могут быть установлены характерные искажения процесса обобщения. При надвигающемся атеросклеротическом слабоумии тонкие нарушения памяти и внимания также могут быть установлены только с помощью специальных психологических методик. У больных с дефектами психики в целях реабилитации психологические исследования позволяют оценить наиболее сохранные стороны личности, навыки и умения. Специальные приемы предназначены для обнаружения тех болезненных переживаний, которые больной не раскрывает, например скрытой депрессии или психотравмирующих ситуаций.

Направляя больного на психологическое обследование, необходимо сформулировать вопросы, в первую очередь интересующие врача и позволяющие выяснить уровень интеллекта, наличие нарушений мышления, характерных для шизофрении; изменений памяти и внимания, присущих органическому поражению мозга; личностных особенностей при неврозах и психопатиях и т.д.

Оценка уровня интеллекта чаще всего осуществляется с помощью теста Векслера. На основании выполнения обследуемым заданий вычисляется коэффициент интеллектуальности — «ай кью» (IQ — Intellectual Quotient), официально принятый для этой цели Всемирной организацией здравоохранения. Средней нормой считается 100, но в современной здоровой популяции в развитых странах у большинства величина выше 100. Величины от 90 до 70 считаются областью пограничной, «низкой нормой», но не рассматриваются как слабоумие. К дебильности относят величины от 70 до 50, к имбецильности, т.е. глубокому слабоумию, - ниже 50.

Выявление искажения процесса обобщения как притока, характерного для шизофрении. При искажении обобщение осуществляется по несущественным признакам. Для этого используются различные приемы. Один из них состоит в том, что из 4 картинок с предметами требуется отобрать лишнюю, не подходящую к другим («четвертый лишний»). Например, на 3 картинках нарисованы цветы (роза, ромашка, сирень), а на 4-й — фрукт (виноград). Больной шизофренией отбирает как лишнюю ромашку («все растут на кустах, а она на земле»). Однако подобный признак выявляется не у всех больных шизофренией и в то же время иногда встречается при шизоидной психопатии и акцентуации характера.

Нарушения памяти можно оценить с помощью таких простых приемов, как запоминание 10 слов, не связанных по смыслу. Возможность их воспроизведения проверяется сразу (кратковременная память) и через несколько часов (долговременная память). Другими приемами проверяется воспроизведение коротких рассказов (смысловая память) или показанных картинок (зрительная память) и др.

Нарушения внимания можно обнаружить с помощью корректурных проб (зачеркивание в тексте 1—2 определенных букв — учитываются пропуски и ошибки).

Выявление скрытой депрессии и тревоги может также достигаться разными приемами. Распространен цветовой тест М. Люшера (в норме предпочитаются красный, желтый, зеленый цвета, при депрессии — черный, серый, коричневый, фиолетовый). Некоторые личностные опросники имеют специальные шкалы депрессии. Для выявления тревоги также разработаны специальные приемы, например шкала тревоги Ж. Тейлор. По ответам на косвенные вопросы (наличие кошмарных сновидений и т.д.) судят о степени тревожности.

Оценка личностных особенностей производится чаще всего с помощью разработанного в США и адаптированного в нашей стране Миннесотского многопрофильного личностного опросника — «эм-эм-пи-ай» — MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory). С помощью этого метода можно выявить склонность к ипохондричности, депрессии, истерические, психастенические и другие особенности личности. Для диагностики типов характера у взрослых предназначен опросник Г. Шмишека, а у подростков — патохарактерологический диагностический опросник (ПДО) Иванова—Личко.

Выявление психотравмирующих факторов и болезненных переживаний, которые больной не раскрывает, бывает особенно важным как для диагностики и прогноза, так и для психотерапии. Чаще всего для этого используются проективные методы. Среди них наиболее известна методика неоконченных предложений: обследуемому предлагают закончить фразы вроде «Супружеская жизнь кажется мне...», «Настоящий друг тот, кто...» и т.д. Применяется также Тематический апперцепционный тест (ТАТ) — картинки с изображением различных ситуаций, которые испытуемый должен прокомментировать (например: «Прохожего обрызгала грязью проехавшая автомашина»).

Оценка внутрисемейных отношений также может осуществляться методами психологической диагностики. Детям предлагают нарисовать их семью. По тому, как изображаются и где располагаются на листе члены семьи, понятны их отношение к ребенку и отношения между собой.

Ставятся также другие задачи психологической диагностики. Для их решения прибегают к множеству методов, сведения о которых врач может получить в специальном справочнике (Бурлачук Л.Ф., Морозов СМ. Словарь-справочник по психологической диагностике. - Киев: Наукова Думка, 1989).

Медицинский психолог представляет врачу-психиатру полученные результаты психологического обследования больного и их толкование. Эти данные для клинического диагноза служат только вспомогательным материалом, их окончательная оценка остается за врачом.

2.3. Нейрофизиологическое обследование

Среди нейрофизиологических методов наиболее часто при обследовании психически больных используется электроэнцефалография, реже реоэнцефалография и эхоэнцефалография.

Электроэнцефалография (ЭЭГ) представляет собой запись биотоков клеток мозга, отражающих происходящие в них процессы метаболизма. Эти биотоки очень слабые — порядка 10—15 микровольт. Для того чтобы их зарегистрировать, используют усилители. ЭЭГ наиболее важна для диагностики эпилепсии и эпилептических психозов: выявляются острые волны, пики, комплексы пик — волна и другие проявления судорожной активности. Подобная активность может быть зарегистрирована у лиц, у которых никогда не было никаких эпилептических припадков, но риск их возникновения у них очень высок («скрытая эпилепсия»). Наоборот, у некоторых больных эпилепсией между припадками судорожная активность на ЭЭГ полностью отсутствует. Гипервентиляция (глубокие вдохи и выдохи в течение 1—2 мин) способствует ее выявлению вследствие снижения содержания углекислоты в крови. Прием противосудорожных средств и некоторых психотропных препаратов подавляет судорожную активность.

ЭЭГ используется также как вспомогательный прием для диагностики органических поражений головного мозга. При психических расстройствах, с ними связанных, обычно отмечаются умеренные диффузные изменения биоэлектрической активности мозга. Иногда же они наиболее выражены в височно-теменных, лобных или затылочных областях обоих или одного из полушарий.

Для эндогенных депрессий считается характерным изменение ЭЭГ во время сна (сокращается фаза медленных дельта-волн), но, для того чтобы их выявить, требуется многочасовая ночная регистрация. При других психических расстройствах каких-либо специфических нарушений ЭЭГ не обнаружено.

Реоэнцефалография (РЭГ) — регистрация особенностей кровоснабжения мозга путем измерения колебаний электрического сопротивления тканей головы. Кривая РЭГ синхронна с пульсом. РЭГ позволяет распознать поражения сосудов головного мозга. При церебральном атеросклерозе вершины волн вместо острых в норме становятся сглаженными, аркообразными.

Эхоэнцефалография (ЭхоЭГ) — исследование мозга с помощью ультразвука, основанное на принципе эхолокации. Используется для обследования, когда возникают подозрения, что психическое расстройство связано с очаговым поражением в головном мозге, например с опухолью. В этих случаях срединные структуры мозга смещаются в здоровую сторону. При наличии в мозге крупного атрофического очага смещение происходит в больную сторону.

2.4. Нейрорентгенологическое обследование

Краниография — рентгенограмма костей черепа — позволяет по косвенным признакам судить об органическом поражении мозга. Например, усиление пальцевидных вдавлений служит признаком длительного повышения внутричерепного давления. Участки избыточного обызвествления встречаются после перенесенных черепно-мозговых травм.

Пневмоэнцефалография (ПЭГ) — рентгенограмма мозга, проводимая после выпускания части спинномозговой жидкости и введения вместо нее воздуха или кислорода, которые заполняют желудочки мозга и субарахноидальное пространство. Этим методом удается выявить спаечные процессы в мозговых оболочках, некоторые опухоли, атрофические изменения. С появлением компьютерной томографии головы данный метод можно считать устаревшим.

Ангиография сосудистой системы мозга производится путем введения через сонную артерию контрастных или радиоактивных веществ с последующей рентгенографией. Позволяет выявить поражения мозговых сосудов, а также локальные поражения мозга (опухоли и др.). Необходимо согласие больного или его родных на данную процедуру.

Компьютерная томография головы — автоматизированное послойное рентгенологическое исследование тканей мозга с анализом результатов на ЭВМ и последующим построением объемного изображения на специальном экране. Является ценным методом для выявления локализации очагов поражения в головном мозге. Этим методом диагностируются мозговые опухоли, атрофические процессы, кисты, абсцессы и т.д.

Позитронно-эмиссионная томография основывается на различиях распределения радиоизотопов, которыми «метятся» вводимые глюкоза, нейромедиаторы или различные лекарства, по которым можно судить о локальных изменениях метаболизма в мозге, нейрорецепторах, кровоснабжении и т.д. Полученные данные синтезируются на ЭВМ. Является одним из новейших и перспективных диагностических методов, возможности которого еще полностью не раскрыты.

2.5. Фармакологические методы обследования

Лекарственные средства могут использоваться не только для лечения, но и для диагностики, обычно в виде однократного их введения и оценки реакции на них.

Барбамил-кофеиновое растормаживание раньше широко применялось у больных в состоянии ступора даже для того, чтобы их накормить, а также для выявления бредовых и галлюцинаторных переживаний, которые больной не раскрывал.

Внутривенно вводили от 2 до 8 мл (чаше 4—6 мл) 5% раствора барбамила и 1—2 мл 10% раствора кофеина (впрочем, барбамил без кофеина действовал так же). На несколько минут возникают эйфория, болтливость, желание поделиться своими мыслями. Однако при сильном и настойчивом желании скрыть свои переживания эта способность может сохраниться. После того, как барбамил в нашей стране был включен в список наркотиков, этот препарат следует использовать только по строгим показаниям.

Седуксеновый тест — внутривенное введение 20—40 мг седуксена (диазепам, реланиум) в виде 0,5% раствора — служит для выбора эффективной терапии при депрессии. Если после вливания депрессивные переживания на время исчезают, то показаны противотревожные средства (например, феназепам, амитриптилин), если же сохраняются, то более эффективен мелипрамин.

Дексаметазоновый тест служит для дифференциального диагноза эндогенных и реактивных депрессии. В норме прием дексаметазона через сутки вдвое снижает в крови уровень кортизола (или его метаболита — 11-оксикетостероида). При эндогенной меланхолической депрессии подавление экскреции кортизола надпочечниками под действием дексаметазона не происходит или оно резко ослабевает. При реактивных и тревожных депрессиях результаты теста обычно существенно не отличаются от нормы.

Терапия ex juvantibus — «лечение на пробу», когда эффект от примененного лекарства подтверждает диагноз.

Например, при скрытых эндогенных депрессиях лечение антидепрессантами вызывает заметное улучшение настроения, в то время как в отсутствие депрессии антидепрессанты таким действием не отличаются.

2.6. Другие лабораторные исследования

2.6.1. Исследование спинномозговой жидкости

Люмбальная пункция (поясничный прокол) для получения спинномозговой жидкости осуществляется врачом. Специальную иглу для пункций, снабженную мандреном (ее длина 10—12 см), вводят в конечную цистерну спинного мозга между III и IV или IV и V поясничными позвонками (у детей между V поясничным и I крестцовым). Больной сидит нагнувшись вперед и наклонив голову или лежит на боку, согнув ноги и прижав их к животу, а голову и шею максимально приведя к груди. После прокола кожи при дальнейшем углублении иглы ощущается препятствие при проколе межпозвонковых связок. Вынув мандрен, можно увидеть вытекающие из тыльного конца иглы капли ликвора. Для анализа берут в пробирку 4—8 мл. Очень частые капли, а тем более струя ликвора свидетельствуют о повышении внутричерепного давления. Свежая кровь в ликворе может быть от повреждения мелких сосудов, при проколе. При арахноидальных и мозговых кровоизлияниях ликвор имеет вид мясных помоев. После пункции пациент в течение 2—3 ч должен лежать, не поднимая головы, а в течение суток — соблюдать постельный режим.

Люмбальная пункция производится только с согласия больного, а при его неспособности дать согласие, при бессознательном состоянии или тяжелом психическом расстройстве, — с согласия родных или близких.

Показанием для пункции служат подозрения, что психические расстройства вызваны сифилитическим, опухолевым, воспалительным или иным органическим поражением головного мозга.

Содержание клеточных элементов (в норме 3—5 клеток в 1 мкл) резко возрастает при менингитах, меньше — при энцефалитах и мозговых опухолях (до 100 в 1 мкл). При острых воспалениях преобладают нейтрофилы, при хронических — лимфоциты.

Содержание белка (в норме 0,15—0,3 г/л) возрастает и при воспалительных процессах, и при опухолях. Но для опухолей, затрудняющих венозный отток от мозга, особенно характерна «белково-клеточная диссоциация»: содержание белка возрастает в десятки раз, а цитоз увеличивается незначительно.

Реакция Ланге особенно важна для распознавания сифилитического поражения мозга. Используют 16 пробирок с разведением ликвора от 1:10 000 до 1: 320 000, к которым добавляют коллоидный раствор золота, имеющий красный цвет. В норме цвет не меняется (это обозначают цифрой 1) или становится красно-фиолетовым (2). При патологических изменениях цвет может стать фиолетовым (3), синим с красноватым оттенком (4), синим (5), голубым (6) и даже бесцветным (7). Для сифилиса мозга характерен существенный сдвиг в разведениях от 1:40 до 1:640 («сифилитический зубец» на графике), для прогрессивного паралича - резкие изменения в пробирках со слабым разведением и постепенная нормализация по мере увеличения разведения. При менингитах максимальные изменения наблюдаются при разведениях от 1:640 до 1:5000. Реакцию изображают в виде графика или формулы с цифровым обозначением цвета в каждой из 16 пробирок.

Например:

Норма	1122211111111111
Сифилис мозга	2246531111111111
Прогрессивный паралич	5566532211111111
Менингит	1235567776533222

Серологические реакции с ликвором ставятся также для распознания сифилитического поражения мозга (реакции Вассермана, Кана, Закса-Витебского, иммобилизации трепонем — РИТ, иммунофлюоресценции — РИФ и др.), а также для диагностики цистицеркоза (с антигеном цистицерка).

2.6.2. Исследование крови и мочи

Общепринятые анализы крови и мочи производятся прежде всего, чтобы не пропустить сопутствующие инфекционные и другие соматические заболевания. Особенно они важны у больных, которые сами не предъявляют соматических жалоб.

При лечении психотропными средствами встречаются, хотя и редко, осложнения со стороны органов кроветворения и почек. При лечении аминазином и другими производными фенотиазина, а также лепонексом (клозапином) и мелипрамином описаны случаи

агранулоцитоза (резкое уменьшение числа нейтрофилов в крови до полного их исчезновения при относительном лимфоцитозе). Длительное лечение галоперидолом может вызвать л имфомоноцитоз. Клинические анализы мочи особенно необходимы, чтобы не пропустить стертые заболевания почек, которые могут служить противопоказаниями для лечения психотропными средствами.

Биохимические анализы крови и мочи производят по специальным показаниям. Определение содержания глюкозы в крови необходимо не только при подозрении на сахарный диабет, но и при проведении инсулинотерапии психозов и при подозрении на интоксикацию гашишем (гипогликемия). При лечении препаратами лития маниакально-депрессивного и шизоаффективного психозов необходимы регулярное (сперва один раз в месяц, затем — один раз в 2—3 мес.) определение его концентрации в крови. Она должна быть от 0,6 до 1,2 мэкв/л. При длительном лечении аминазином необходимо также проверять протромбиновый индекс в связи с опасностью развития тромбоэмболической болезни.

Для того чтобы проверить, принимает ли пациент назначенные ему психотропные средства, проводят специальные биохимические исследования мочи.

2.7. Психиатрическая история болезни

История болезни является не только медицинским, но и юридическим, и научным документом.

Психиатрическая история болезни имеет ряд особенностей.

В паспортной части, например, необходимо указать адрес не только больного, но и фамилию, имя, отчество, адрес и телефон его ближайшего родственника. При первом осмотре должно быть отмечено, по чьей инициативе и по какой причине обратились к психиатру или госпитализировали больного. Далее описывается психический статус при первом осмотре: ориентировка в окружающем, признаки нарушения сознания, проявления расстройств восприятия, мышления, памяти. Подробно описываются как жалобы больного (если он отказывается их предъявлять, то это должно быть отмечено), так и высказываемые им бредовые идеи, а также идея навязчивости, двигательные и речевые нарушения. Оценивается степень критичности больного к своему поведению и высказываниям

Не следует перегружать записываемые сведения незначимой информацией (например, перечислять у взрослых пациентов перенесенные без осложнений детские инфекции) или отмечать отсутствие симптомов, которые вряд ли могут быть при данном синдроме (например, отсутствие суицидальных мыслей у эйфорического больного). При описаниях нельзя пользоваться одной психиатрической терминологией (вроде «у больного бред преследования», «имеются слуховые галлюцинации» и т.д.), необходимо приводить высказывания больного или описывать его поведение, из чего следовала бы констатация определенных расстройств.

Если можно выяснить анамнез со слов больного, то его записывают вслед за статусом (чтобы было видно, в каком состоянии анамнез собран). Если это не удается, то анамнез оформляют в последующем, когда состояние больного улучшается. Если больного сопровождают близкие, то сведения собирают также с их слов.

Осмотр пациента включает неврологическое обследование и определение соматического статуса.

Рекомендации по сбору анамнеза и осмотру больного даны в предшествующих разделах.

Дневниковые записи включают высказывания больного, результаты наблюдения за его поведением, консультации специалистов, лабораторные исследования и все лечебные мероприятия Частота записей определяется состоянием больного — от нескольких в течение одних суток (тогда указывается час) при острых и опасных для жизни состояниях до одной в неделю у хронических стационарных больных.

При домашних отпусках записываются сведения о дне и часе ухода и возвращения, о выданных на руки лекарствах и психическом состоянии до и после отпуска, а также о поведении дома (со слов близких).

Если пациент лечился ранее в других психиатрических учреждениях, то от них запрашиваются медицинские сведения. При выписке история болезни завершается эпикризом, кратко отражающим все ее содержание. Копия данного эпикриза обычно высылается по запросу других психиатрических учреждений и служит медицинскими сведениями. Сама же история болезни выдается только по требованию прокурора или суда под расписку их представителя.

2.8. Эпидемиология психических расстройств

Эпидемиология (от греч. epi — на, + dem — народ + logos — учение) в психиатрии представляет ее раздел, изучающий распространение психических расстройств среди населения.

Основными эпидемиологическими показателями в нашей стране служат заболеваемость,

болезненность и риск заболевания.

Заболеваемость — число больных в пересчете на 1000 или на 10000 населения, впервые заболевших психическим расстройством в течение определенного времени (обычно 1 года).

Болезненность — общее число больных среди населения (т.е. заболевших как в текущем, так и во все прошлые годы) в данное время (также обычно в пересчете на 10000 населения).

Риск заболевания— вероятность возникновения психического расстройства у отдельного человека

В американской психиатрии приняты сходные показатели: число заболевших в течение определенного времени (incidence) и распространенность заболевания (prevalence), но последняя включает два показателя: распространенность в данный момент (point-prevalence) и общее число случаев болезни за определенный период (period prevalence), которая слагается из суммы incidence + point = prevalence.

Заболеваемость, болезненность и риск заболевания исчисляются для всех психических расстройств в целом, отдельно — для психозов, а также для каждого из психических заболеваний и расстройств.

Диспансерный учет служит основным источником сведений для определения указанных показателей. Другими источниками являются регистрация поступающих и выписывающихся из психиатрических больниц и полустационаров, данные профилактических осмотров, осмотров призывников и др.

Точность показателей определяется полнотой получаемых сведений, а последняя — организацией учета, доступностью психиатрической помощи населению, а также его культурой, от которой зависит обращение к психиатрам. Но всегда какая-то часть больных остается неучтенной, поэтому реальные показатели выше исчисляемых. Наиболее ярким примером в этом отношении могут служить показатели распространения наркоманий.

Риск заболевания зависит не только от его распространенности, но и от ряда других факторов — возраста, пола, наследственности, биологических и социально-психологических вредностей.

В детстве высок риск заболевания неврозами и начала развития эпилепсии, в подростковом и юношеском возрасте резко возрастает риск заболеть шизофренией Риск начала паранойяльного развития наиболее высок в зрелом возрасте. Пресенильные и старческие психозы уже и названы по возрасту, в котором они возникают. Шизофренией чаще болеют мужчины, а маниакально-депрессивным психозом — женщины.

Транскультуральные (они же кросскультуральные) эпидемиологические исследования. Их задача — сопоставление распространенности различных психических расстройств в разных культурах — национальных, региональных, социальных. В нашей стране, например, истерические психозы наиболее распространены среди народностей Крайнего Севера. Уровень алкоголизма высок в России, в государствах Средней Азии более распространены гашишизм и опиизм.

Психические эпидемии — массовое распространение какого-либо психического расстройства в определенном регионе в какую-либо эпоху. С XI века в средневековой Европе известны массовые вспышки истерии, включая истерические психозы (галлюцинаторные видения, охватывающие толпы людей, одержимость дьяволом, превращение в животных и др.). Во время первой мировой войны среди солдат воюющих армий возникла эпидемия «травматического невроза»: даже после очень легких или мнимых контузий возникали истерическая глухота, немота, парезы и др. В 50—70-х годах 20-го века по ряду развитых стран прокатилась волна эпидемии подростковых наркоманий. Причины всех этих эпидемий, как правило, социально-психологические.

Не следует, однако, рассматривать как «психические эпидемии», т.е. как повальное распространение психических расстройств, проявления массового фанатизма — религиозного, идеологического, национального, расового, какие бы уродливые и чудовищные формы этот фанатизм не принимал. Лидеры и вожди подобных фанатичных движений могут оказаться лицами, страдающими психическими расстройствами, но поведение следующих за ними масс служит предметом изучения социальной психологии, а не психиатрии.

Глава 3. КЛАССИФИКАЦИЯ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

3.1. Общие положения

Существуют два типа классификаций психических расстройств: национальные классификации и международная, разрабатываемая в рамках ВОЗ и периодически обновляемая.

В настоящее время действует Международная классификация психических расстройств и

расстройств поведения 10-го пересмотра (МКБ-10). Она принципиально отличается от предыдущих вариантов Международной классификации психических расстройств. Ряд подразделов и рубрик этой классификации являются прогрессивными, отражают недавние достижения мировой психиатрии. Вместе с тем, в результате необходимости нахождения многочисленных компромиссов между различными психиатрическими школами и направлениями, МКБ-10 присущи существенные недостатки. К ним относятся эклектичность (так называемая «атеоретичность»), противоречивость и чрезмерная усложненность классификации в целом. Недостатками МКБ-10 являются также частичный отход от клинико-нозологических позиций, выделение в качестве самостоятельных вариантов психических расстройств, наряду с клинико-нозологическими формами, психопатологических синдромов и даже симптомов, скептическое отношение к проверенным клинической практикой фундаментальным понятиям и положениям клинической психиатрии.

Вследствие указанных особенностей МКБ-10, ее использование в качестве основы при изложении учебных материалов по психиатрии создает значительные трудности для усвоения этой клинической дисциплины студентами, требует значительно большего времени для обучения. Поэтому в учебнике часть третья («Частная психиатрия»), в которой описаны психические болезни и другие формы психических расстройств, которые могут претендовать на самостоятельность, построена в соответствии с отечественной классификацией психических расстройств. Эта систематика более последовательна, логична, в большей мере основана на клинико-нозологических принципах и широко используется в российской психиатрии.

Вместе с тем в главах «Частной психиатрии» представлено соотношение клинико-нозологических форм психических расстройств в отечественном понимании с разделами, подразделами и рубриками МКБ-10.

3.2. Отечественная классификация психических расстройств

В классификации психических расстройств, используемой в России, клинико-нозологические формы выделяются на основе единства установленных или предполагаемых этиологических факторов и патогенетических механизмов и сходства клинических проявлений, динамики и исходов психических расстройств.
Клинико-нозологические формы психических расстройств объединены в несколько групп на основании близости, родства этих форм в этиопатогенетическом отношении.

1. Эндогенные психические заболевания

Эти заболевания преимущественно обусловлены внутренними патогенными факторами, в том числе наследственным предрасположением, при определенном участии в их возникновении различных внешних вредностей.

Включаются:

Шизофрения

Маниакально-депрессивный психоз

Циклотимия

Функциональные психические расстройства позднего возраста

2. Эндогенно-органические психические заболевания

Развитие этих заболеваний определяется или внутренними факторами, приводящими к органическому поражению головного мозга, или взаимодействием эндогенных факторов и церебрально-органической патологии, возникающей в результате неблагоприятных внешних влияний биологического характера (черепно-мозговых травм, нейроинфекций, интоксикаций).

Включаются:

Эпилепсия (эпилептическая болезнь)

Атрофические заболевания головного мозга

- Деменции альцгеймеровского типа
  - Болезнь Альцгеймера
  - Сенильная деменция
- Болезнь Пика
- Хорея Гентингтона
- Болезнь Паркинсона

Психические расстройства, обусловленные сосудистыми заболеваниями головного мозга

3. Соматогенные, экзогенные и экзогенно-органические психические расстройства

В эту обширную группу входят, во-первых, психические расстройства, обусловленные соматическими заболеваниями и разнообразными внешними биологическими вредностями внемозговой локализации и, во-вторых, психические расстройства, основой которых становятся неблагоприятные экзогенные воздействия, приводящие к церебрально-органическому поражению. В развитии психических расстройств этой группы определенную, но не ведущую

роль играют эндогенные факторы.

Включаются:

Психические расстройства при соматических заболеваниях

Экзогенные психические расстройства

Психические расстройства при инфекционных заболеваниях внемозговой локализации

Алкоголизм

Наркомании и токсикомании

Психические расстройства при лекарственных, промышленных и других интоксикациях

Экзогенно-органические психические расстройства

Психические расстройства при черепно-мозговых травмах

Психические расстройства при нейроинфекциях

Психические расстройства при опухолях головного мозга.

Следует отметить, что психические расстройства при опухолях головного мозга могут быть отнесены к экзогенно-органическим расстройствам, в значительной мере, условно, с учетом традиций и клинического сходства психических расстройств при опухолях мозга с другими, типичными экзогенно-органическими расстройствами психики.

4. Психогенные расстройства

Это расстройства, возникающие в результате воздействия на личность и телесную сферу стрессовых ситуаций.

Включаются:

Реактивные психозы

Неврозы

Психосоматические (соматоформные) расстройства

5. Патология развития личности

В данную группу входят патологические психические состояния, обусловленные аномальным формированием личности.

Включаются:

Психопатии (расстройства личности)

Олигофрении (состояния психического недоразвития)

Другие задержки и искажения психического развития

3.3. Разделы Международной классификации психических расстройств 10-го пересмотра

Классификация состоит из 11 разделов.

1. F0 Органические, включая симптоматические, психические расстройства
2. F1 Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления психоактивных веществ
3. F2 Шизофрения, шизотопические и бредовые расстройства
4. F3 Расстройства настроения (аффективные расстройства)
5. F4 Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства
6. F5 Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами
7. F6 Расстройства зрелой личности и поведения у взрослых
8. F7 Умственная отсталость
9. F8 Нарушения психологического развития
10. F9 Поведенческие и эмоциональные расстройства, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте
11. F99 Неуточненное психическое расстройство

Глава 4. ОБЩИЕ ЗАКОНОМЕРНОСТИ ДИНАМИКИ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

4.1. Течение и исходы психических заболеваний

Течение. Психические заболевания могут иметь непрерывное, приступообразное, смешанное и другое течение. Наиболее детально варианты течения изучены школой А.В. Снежневского при шизофрении.

При непрерывном течении болезни наблюдается неуклонное нарастание и усложнение расстройств. Лекарственной терапией можно добиться остановки или смягчения имеющейся симптоматики. При обострении обычно выявляются более сложные расстройства.

Приступообразное течение характеризуется чередованием приступов болезни и светлых промежутков, когда проявления болезни отсутствуют или минимальны. Типичным примером приступообразного течения является рекуррентная шизофрения, при которой приступы могут

быть различными по клиническим проявлениям. При наличии сходных приступов, чередующихся со светлыми промежутками, обычно говорят о периодическом течении.

Течение болезни в виде фаз проявляется приступами психической болезни, после окончания которых не происходит существенных изменений личности; фазы бывают представлены аффективными и аффективно-бредовыми расстройствами. Течение болезни в виде фаз наблюдается при маниакально-депрессивном психозе.

Для смешанного (шубообразного) течения заболевания характерно постепенное нарастание изменений личности, и на этом фоне периодически возникают обострения болезни, сдвиги, или шубы. После каждого шуба обнаруживаются более выраженные изменения личности. Такое течение наблюдается при приступообразно-прогредиентной шизофрении. При формировании краевой психопатии наблюдаются «психопатические циклы»: в результате психогенного заболевания личность становится эмоционально-лабильной, создает конфликт, дает на него психогенную реакцию, и после нее обнаруживаются еще более выраженные патохарактерологические черты, такие как взрывчатость, склонность к истерическим формам поведения, демонстративность и др. (Кербиков О.В.).

Волнообразное течение болезни характеризуется периодами ослабления или полного исчезновения симптоматики, однако под влиянием различных факторов (например, психогенных при неврозах) исчезнувшие расстройства снова нарастают.

При пароксизмальном течении наблюдаются остро возникающие приступы болезни, обычно повторяющиеся и продолжающиеся относительно короткий промежуток времени (например, при эпилепсии).

Течение психических заболеваний с постепенным нарастанием и усложнением симптоматики носит название прогредиентного. Такое течение характерно для шизофрении. Каждое ухудшение состояния сопровождается более сложной симптоматикой. Так, например, если первые приступы болезни при рекуррентной шизофрении могут содержать только аффективные расстройства, то последующие уже включают бредовые, двигательные и галлюцинаторные, т.е. происходит формирование так называемого большого синдрома.

Регредиентное течение заболевания может иметь место при периодических травматических психозах и при динамике психических нарушений травматического генеза. При этом наблюдается противоположная прогредиентному течению тенденция. Если первый приступ болезни включает аффективные, бредовые, двигательные расстройства, то в последующих приступах число синдромов сокращается и проявления болезни могут быть представлены только аффективными расстройствами. В отдаленном периоде черепно-мозговой травмы часто наблюдаются компенсация состояния, уменьшение и исчезновение энцефалопатической и церебрастенической симптоматики.

В течении психических заболеваний выделяют следующие этапы: инициальный, манифестный, расцвета и обратного развития болезни. В развитии психических болезней большое значение имеет преморбидный период, предшествующий инициальному этапу. В этом периоде оцениваются личностные особенности, акцентуации характера, уровень зрелости личности, предрасполагающие к тому или иному заболеванию. К преморбидным особенностям относятся и признаки дизонтогенеза, которые обнаруживаются у ребенка с самого рождения.

О.П. Юрьева (1970) у детей, родившихся в семьях больных шизофренией, отмечала такие признаки дизонтогенеза, как ослабление инстинктивной деятельности (пониженный пищевой инстинкт, нарушения сна, снижение реакций на дискомфорт), особенности формирования межличностных отношений, чаще проявляющиеся в симбиотической эмоциональной связи избирательно с одним из родителей (матерью). При развитии ребенка эмоциональные связи с окружающими не устанавливаются, а с матерью сохраняется инфантильно-потребительский характер связи. К признакам дизонтогенеза относят и всевозможные проявления диссоциации психической деятельности, несоответствие развития психики и отставания моторики. Эти признаки еще не являются болезнью, но относятся к факторам риска.

В инициальном периоде у больных обнаруживаются единичные, нестойкие признаки болезни, которые часто проявляются эпизодически, например эпизоды деперсонализационных расстройств при шизофрении или невротические реакции, предшествующие формированию невроза. Эти инициальные расстройства дают достаточно четкую информацию о природе развивающейся болезни.

Инициальный период может смениться манифестным. В этот период появляются типичные для данного заболевания симптомы с формированием всех основных признаков болезни.

Период обратного развития характеризуется постепенным исчезновением симптоматики и в ряде случаев появлением критического отношения к болезни.

Исходы. Психические заболевания могут иметь различные исходы. Выздоровление

наблюдается сравнительно редко, например при реактивных психозах, при которых возможно полное исчезновение симптоматики и восстановление психической деятельности. Чаще наблюдается выздоровление с какими-то более или менее выраженными изменениями личности с сохранением адаптации к окружающему. При этом появившиеся изменения личности замечают только близкие люди.

При менее благоприятном течении болезни возможен исход болезни в ремиссию с дефектом. Под дефектом принято понимать форму изменения личности, характеризующуюся обеднением, упрощением высших ее свойств и утратой прежних возможностей, которые наблюдаются при различных болезнях и травмах головного мозга. Больной с таким исходом болезни может вернуться к трудовой деятельности, но чаще к другой, более простой и менее ответственной, требующей меньшего напряжения.

В ряде случаев дефект оказывается настолько выраженным, что больной может выполнять только ограниченный круг домашних обязанностей или работать в специальных трудовых мастерских под наблюдением медицинского персонала.

Болезнь может протекать хронически, прогредиентно, и в этих случаях больные вынуждены длительное время находиться в психиатрических учреждениях.

Смерть редко бывает связана с психическим заболеванием, чаще ее причиной являются сопутствующие состояния: сердечнососудистые расстройства, онкологические заболевания, несчастные случаи и др. Опасными для жизни больного могут быть эпилептический статус, кататоническое возбуждение, фебрильная или гипертоксическая шизофрения, нервная анорексия, депрессивные состояния из-за опасности самоубийства. Больные, находящиеся в этих опасных для жизни состояниях, нуждаются в неотложной госпитализации.

4.2. Роль биологических и социальных факторов в возникновении и динамике психических заболеваний

В генезе психических заболеваний играют роль как социальные, так и биологические факторы, которые тесно взаимосвязаны и оказывают постоянно меняющееся влияние на динамику психических заболеваний. Так, при психогенных заболеваниях пусковым моментом для возникновения расстройства являются социальные факторы: всевозможные конфликты, происходящие чаще в микросоциальной среде, потеря близких, судебное преследование и др. Однако при длительном существовании психогенного заболевания происходят изменения в обмене веществ, появляется инертность психических процессов, которые следует рассматривать как биологические изменения в организме, оказывающие влияние на человека и приводящие к затяжному течению психогенного заболевания.

Несмотря на то, что биологические и социальные факторы тесно переплетаются и оказывают влияние на возникновение и динамику психических нарушении, условно можно выделить две группы психических заболевании: в одной решающую роль в их возникновении играют биологические факторы, в другой — социальные.

Наиболее сложные взаимоотношения биологического и социального можно наблюдать при эндогенных заболеваниях: шизофрении, маниакально-депрессивном психозе. Само название «эндогенное заболевание» уже подразумевает ведущую роль биологических факторов в возникновении и динамике клинических проявлений болезни. Однако хорошо известно, что социальные факторы, конфликты, бытовая и семейная неустроенность, потеря близкого человека и др. часто не только провоцируют начало болезни, но и приводят к обострениям состояния, нарушениям адаптации и усложнению симптоматики.

Тесные взаимоотношения между социальными и биологическими факторами отчетливо прослеживаются при формировании алкоголизма. На разных этапах формирования алкогольной болезни можно выделить решающую роль то одних, то других факторов — на начальных этапах решающая роль принадлежит социальным: установкам среды на употребление спиртных напитков, традициям, отношению личности к приему спиртного и т.д. Социальные факторы играют решающую роль до тех пор, пока не произойдут такие нарушения обменных процессов, что в дальнейшем именно они будут определять течение заболевания. Однако роль социальных факторов в оформлении некоторых расстройств продолжает сохраняться. Так, например, при II стадии, несмотря на выраженность абстинентных расстройств, наблюдается псевдодипсомания, т.е. имеет место способность прекратить пьянство при угрозе увольнения, распада семьи, под воздействием социальных факторов.

Хорошо известно, что успех лечения алкоголизма зависит от установки больного. Если у больного нет установки на трезвость, то никакими биологическими методами не удается добиться успеха.

Таким образом, в генезе психических заболеваний и социальные и биологические факторы играют роль, находясь в сложных взаимоотношениях, оказывая влияние на динамику

психопатологических синдромов.

Неправильное воспитание, особенно при акцентуациях характера, обычно приводит к возникновению патохарактерологических реакций и формированию психопатий. Выделяют несколько наиболее типичных вариантов неправильного воспитания: 1) потворствующая гиперпротекция (кумир семьи); при этом воспитании наблюдается чрезмерное покровительство, стремление освободить ребенка от малейших трудностей и обязанностей. Это еще сопровождается преувеличенным восхищением мнимыми талантами, постоянными похвалами и восторгами по поводу любого поступка ребенка; 2) доминирующая гиперпротекция (гиперопека) характеризуется мелочной опекой, постоянным контролем, всевозможными запретами, лишением самостоятельности, навязыванием своих решений и рекомендаций в деятельности ребенка; 3) эмоциональное отвержение (положение Золушки); при этом виде воспитания ребенок постоянно чувствует, что он мешает в семье, что он лишний. Это особенно четко проявляется на фоне внимательного и заботливого отношения к другому ребенку. Иногда эмоциональное отвержение маскируется утрированной, но формальной заботой; 4) гипопротекция (безнадзорность) проявляется недостаточной опекой, отсутствием истинного интереса и внимания к делам и увлечениям ребенка. Иногда дети бывают полностью заброшенными и предоставленными сами себе.

4.3. Закономерности постнатального онтогенеза

4.3.1. Общие закономерности

Под постнатальным онтогенезом принято понимать весь период развития человека от рождения до смерти.

В постнатальном онтогенезе выделяют несколько этапов развития психики человека. В процессе развития происходит усложнение психической деятельности, причем каждый этап завершается формированием именно тех качеств, которые определяют этот этап и в последующем являются основой для формирования новых более сложных качеств следующего этапа.

Существует достаточное число систематик, характеризующих возрастные этапы формирования психики в онтогенезе и охватывающих детский и подростковый возраст.

Мы используем выделенные Г.К. Ушаковым периоды развития психики. Он писал, что при всей условности эта периодизация необходима для учета меняющихся качеств психики в онтогенезе, для разработки приемов воспитания и обогащения знаниями соответственно уровню развития, для понимания природы болезненных явлений психики, которые наблюдаются в разные возрастные периоды.

Психическая деятельность — это категория приобретенная. Врожденными и наследственно обусловленными являются биологические системы головного мозга, они и представляют собой биологическую основу формирования психической деятельности, которая развивается в связи с воздействием окружающей среды и отражением с помощью органов чувств реальной действительности.

При изучении формирования психики в постнатальном онтогенезе Г.К. Ушаков выделял две формы: с преобладанием образных субъективных категории (образов представлений) и безобразных субъективных категории (понятии). Первая свойственна детскому возрасту и характеризуется яркими образными фантазиями и воображениями, вторая — типична для лиц зрелого возраста.

В формирующейся психике ребенка выделяют следующие этапы: моторный — до 1 года; сенсомоторный — до 3 лет; аффективный — с 3 до 12 лет; идеаторный — с 12 до 14 лет.

Для первого этапа развития психики — моторного — характерно то, что на любой раздражитель имеется двигательная реакция. Это двигательное беспокойство, нецеленаправленные движения в ответ на раздражение, крик, плач. Такая реакция наблюдается на чувство голода, неудобное положение, мокрые пеленки и т.д. Моторика ребенка совершенствуется на протяжении жизни, но в этот период именно двигательными реакциями проявляется общение с окружающими.

Для второго этапа — сенсомоторного — характерна более сложная двигательная активность, обусловленная ответами на различные сенсорные раздражители. Движения становятся более целенаправленными: ребенок поворачивает голову в сторону звука, тянется рукой к игрушке. С переходом ребенка в вертикальное положение, когда он начинает ходить, сенсомоторные реакции становятся еще более сложными, деятельность — целенаправленной. На основе сенсомоторных реакций формируются восприятие, внимание, аффективные реакции.

Во время сенсомоторного этапа у ребенка накапливается запас представлений о происходящих событиях и появляется возможность сопоставлять реально воспринимаемые

объекты с имеющимися о них представлениями.

Третьему этапу развития психики — аффективному — в первые годы присущи обобщенная аффективность в оценке окружающего и возникновение дифференцированного отношения к окружающим, исходя из удовлетворения или неудовлетворения его потребностей.

Позднее вся деятельность ребенка сопровождается аффективной окраской восприятия событий, исходя из отношения к ним: приятные — неприятные, добрый — злой, желанный — нежеланный и т.д.

Для этого периода характерны лабильность и нестойкость аффективных реакций, живость их и непосредственность реагирования.

Четвертый этап развития психики — идеаторный — начинается с обогащения ребенка понятиями, суждениями и умозаключениями. С этого периода у ребенка возникает возможность строить предварительный план действий. У него появляется удвоенность реальности, т.е. он может оперировать объектами реально существующими и образами воспоминании. Постепенно возникают предпосылки для широкого использования абстрактных понятий, способность к построению гипотетических суждении, анализу их в связи с практической деятельностью. В этот период на основе темперамента и сложившегося характера начинается формирование личности. Аффективность в этот период приобретает новые качества, появляются высшие человеческие эмоции — эстетические, этические.

При относительно своевременном формировании этапов развития психики следует говорить о синхронии развития. Однако идеального развития психики не бывает, так как не существует однотипных условии жизни. В связи с этим чаще наблюдается асинхронное развитие.

Под влиянием различных факторов (длительная соматическая болезнь, неправильные условия воспитания, конфликтные ситуации в семье и др.), воздействующих на том или ином этапе развития психики ребенка, может затормозиться развитие определенных структур личности и нарушиться последовательность их формирования. При этом у взрослых лиц могут обнаруживаться черты характера, свойственные именно тому периоду развития ребенка, в котором наблюдалось неблагоприятное воздействие.

Например, ребенок, переживший в аффективном периоде формирования психики длительную разлуку с родителями, уже будучи взрослым, обнаруживает склонность к аффективным реакциям, свойственным именно аффективному этапу формирования психики' чрезмерной аффективной лабильности, непосредственности реакций, впечатлительности и т.д.

Неблагоприятные для ребенка ситуации не проходят бесследно, даже если внешне не наблюдается явных нарушений психической деятельности в период воздействия их, однако они не нарушают синхронность созревания структур личности.

Наряду с этим другие структуры личности могут развиваться быстрее, опережая хронологические сроки их формирования.

Нарушения сроков формирования могут наблюдаться как между отдельными структурами личности, так и между психическим и физическим развитием.

Так, в 70-е годы отмечалось ускоренное физическое развитие по сравнению с психическим, рост и масса тела подростков превышали возрастные нормы, наряду с этим в психической деятельности обнаруживались черты инфантилизма.

Задержку развития или отставание в развитии одной или нескольких систем называют ретардацией.

При ускоренном развитии функциональных систем, при развитии с опережением возрастных периодов, характерных для этой системы, говорят об акселерации.

При сочетании ретардации одних систем с акселерацией других отчетливо выступают проявления асинхронии.

В пубертатном периоде признаки асинхронии имеют функциональный характер и обусловлены бурным развитием различных систем организма. После этого периода происходит постепенное уменьшение асинхронии.

Принято выделять 4 функциональные системы, последовательно формирующиеся в онтогенезе: моторную, сенсомоторную, аффективную и идеаторную. По мнению Г.К. Ушакова, к периоду зрелости они представляют собой иерархию сочетания этих уровней в структуре целостной психической деятельности.

У взрослого человека при психических заболеваниях обычно могут быть нарушены все четыре уровня психической деятельности. У детей психические расстройства зависят от возраста. У ребенка не наблюдается таких расстройств, для формирования которых необходима определенная степень зрелости именно этой системы. Так, например, у детей аффективные и идеаторные системы не достигли степени зрелости, в связи с этим и не наблюдаемся типичных аффективных синдромов и бредовых состояний.

4.3.2. Возрастные периоды и возрастные кризы

При изучении заболеваемости в разные возрастные периоды было обнаружено, что существуют такие периоды, когда риск заболеваний значительно возрастает. Эти периоды получили название «возрастные кризы». Повышенная чувствительность и риск заболеваний в возрастные кризы обусловлены, с одной стороны, биологической перестройкой, формированием и развитием определенных структур жизнедеятельности, а с другой — появлением новых условий жизни и новых требований, предъявляемых к формирующейся личности.

Выделяют следующие возрастные периоды: младенчество — до 1 года, детство — до 11 лет, отрочество — 12—15 лет, юность — 16—21 год, зрелость — 22—50 лет, обратное развитие — 51—70 лет, старость — 70 лет и старше.

В клинической практике наиболее значимым являются следующие возрастные кризы: парапубертатный, препубертатный, пубертатный и климактерический.

Парапубертатный возрастной криз приходится на возраст от 2 до 3 1/2 лет. Этот возраст характеризуется формированием фразовой речи, ребенок начинает пользоваться местоимением «Я». Это объясняется тем, что начинает формироваться самосознание, ребенок начинает выделять себя из окружающих явлений и предметов (аллопсихическое самосознание). Сравнительно быстрое формирование новых психических функции и физическое развитие предъявляют высокие требования ко всему организму, и это создает риск для различных заболеваний. В этом возрасте манифестируют эпилепсия, неврозы и другие заболевания.

Препубертатный возрастной криз охватывает возраст 7—8 лет. В этом возрасте физическое и психическое развитие связано с формированием общественных обязанностей в связи с началом обучения в школе и адаптацией к этим новым условиям. Этот период характеризуется совершенствованием моторики, мышления, формированием сомато-психического самосознания. Недостаточная школьная адаптация, чрезмерные требования, предъявляемые к ребенку в этот период, могут привести к возникновению невротических реакций и протестным реакциям с отказом от посещений школы.

Пубертатный возрастной криз приходится на возраст 12—15 лет. В этом возрасте происходят перестройка желез внутренней секреции, типичные изменения, обусловленные половым метаморфозом подростков. Изменяется и социальный статус подростка, к нему предъявляются большие требования в связи с обучением в старших классах или в связи с приобретением специальности.

В этом возрасте меняется поведение подростков, возникают конфликты с родителями, учителями, появляются реакции протеста против опеки родителей, самоутверждение в жизни. Моторика становится неуклюжей, движения порывисты, они становятся крайне нетерпимы к замечаниям и советам. В этом периоде могут возникать эндогенные заболевания, невротические и психопатические реакции

Следующий возрастной криз — климактерический. В этот период наблюдаются увядание половой функции и изменения в нейроэндокринной системе Менопауза у женщин обычно сопровождается изменением самочувствия, повышенной утомляемостью, головокружением, головными болями, раздражительностью, «приливами», во время которых появляется чувство жара, дурноты, затруднения дыхания, потливости. Эти ощущения обычно преходящи, но в ряде случаев бывают выражены и продолжительны, поэтому помощь врача необходима.

В этом возрасте происходят изменения и в трудовой и общественной деятельности, возникает вопрос о переходе на пенсию, сокращении объема работы, что создает определенную психологическую настроенность, мысли о приближающейся старости, утрате привлекательности и т.д.

В этом периоде могут обостряться имевшиеся ранее психические заболевания или впервые возникать, такие как маниакально-депрессивный психоз.

4.4. Психопатологические синдромы

Синдром (от греч. syndrome — скопление, стечение) — совокупность симптомов, объединенных единым патогенезом, закономерное сочетание продуктивных и негативных симптомов. Синдром — «совместный бег симптомов». Термин «симптомокомплекс» был предложен немецким психиатром К. Кальбаумом (1863) при описании кататонии. В то время он считал кататонию отдельным заболеванием, но позднее стало ясно, что это наиболее типичный вариант симптомокомплекса.

Немецкому психиатру В. Гризингеру принадлежит идея, в последующем ставшая основой «единою психоза», что все проявления психических болезней являются стадиями одного и того же процесса, на первых этапах наблюдаются аффективные расстройства и чаще меланхолия, затем возникает бредовая симптоматика и как исход — слабоумие.

Отечественные психиатры С.С. Корсаков и В.П. Сербский стремились изучать психозы в

динамике. В.П. Сербский писал, что и кататония, и гебефрения имеют общие признаки и исход в раннее слабоумие, которое Э. Крепелин рассматривал как самостоятельное заболевание.

В начале века И.Г. Оршанский при изучении острых психозов пришел к выводу, что состояние больного в каждый момент определяется не просто набором симптомов, а комплексом симптомов, объединенных общими закономерностями, и при развитии болезни происходит усложнение этих комплексов от более простых к более сложным, т.е. автор как бы повторил положение В. Гризингера, не устанавливая единую последовательность для всех психических болезней.

В связи с пандемией инфлюэнцы 1888 — 1889 гг. появилось большое количество работ с описанием аментивных и делириозных состояний, а с 1908 г. — серия работ немецкого психиатра К. Бонгёффера, который под названием «экзогенный тип реакции» объединил синдромы различной этиологии. К. Бонгёффер считал, что возможностей для ответных реакций у мозга меньше, чем различных вредных факторов, воздействующих на организм, поэтому возникают однотипные реакции, формирующиеся в синдромы.

Под названием «экзогенные типы реакций» К. Бонгёффер выделил следующие психопатологические синдромы: делирий, эпилептиформное возбуждение, сумеречное помрачение сознания, галлюциноз и аменцию. В процессе изучения он то расширял, то суживал набор этих синдромов. В конечном итоге наиболее типичными экзогенными типами реакций оказались делирий и корсаковский синдром

Противники К. Бонгёффера, критикуя его концепцию, считали, что экзогенный тип реакции обусловлен бурным темпом развития симптоматики в ответ на массивную вредность, и подтверждение этому видели в уменьшении количества, глубины и продолжительности состояний помраченного сознания при инфекционных и соматических заболеваниях в связи с активной терапией антибиотиками

Английский невропатолог Джексон сформулировал учение о «послойном» построении психической деятельности Психические нарушения он рассматривал с позиций «диссолюции» — распада, вначале поражения высших, наиболее дифференцированных слоев психики и считал, что психоз зависит от 4 факторов, степени глубины диссолюции, особенностей личности, темпа диссолюции и прочих соматических и других экзогенных условий

Джексон подчеркивал, что чем быстрее происходит диссолюция, тем более выражена активность слоев, непосредственно затронутых болезненным процессом. Он высказал идею, что психические заболевания состоят из продуктивных расстройств, которые обусловлены деятельностью неповрежденных слоев нервной системы, и негативных, связанных и вызванных самим патологическим процессом

Если «минус-симптомы», или негативные расстройства, связаны с этиологическим фактором, представляющим нозологическую характеристику болезни, то позитивные или продуктивные симптомы представляют собой реакцию организма, менее специфическую и не несущую диагностической информации о причинах, вызвавших эти расстройства. Клинически диссолюция проявляется психопатологической симптоматикой.

Эти идеи были использованы в клинической синдромологии А.В. Снежневским. По нарастанию тяжести синдромов им были выделены 9 кругов для продуктивных (позитивных) синдромов: 1) эмоционально-гиперестетические, астенические расстройства, 2) аффективные, 3) невротические и деперсонализации, 4) паранойяльные и галлюцинозы, 5) галлюцинаторно-параноидные, парафренные и кататонические; 6) помрачения сознания; 7) парамнезии; 8) судорожные синдромы; 9) психоорганические (рис. 1).

Для негативных расстройств А.В. Снежневский выделил 10 кругов: 1) истощаемость психической деятельности; 2) субъективно осознаваемая измененность; 3) объективно определяемые изменения личности; 4) дисгармония личности, включающая шизоидизацию; 5) снижение энергетического потенциала; 6) снижение уровня личности; 7) регресс личности; 8) амнестические расстройства; 9) тотальное слабоумие; 10) психический маразм (см. рис. 2).

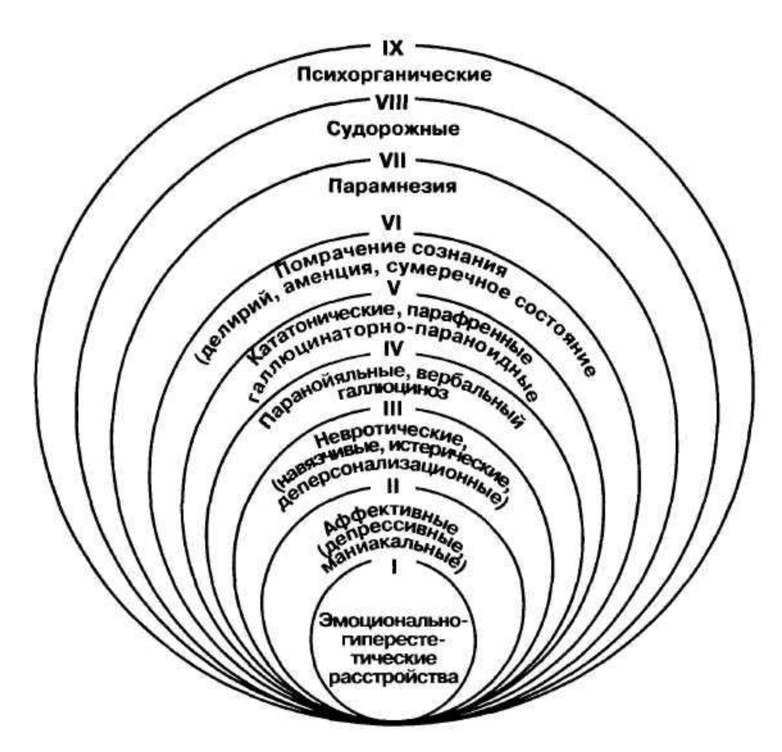


Рис. 1. Соотношение продуктивных психопатологических синдромов

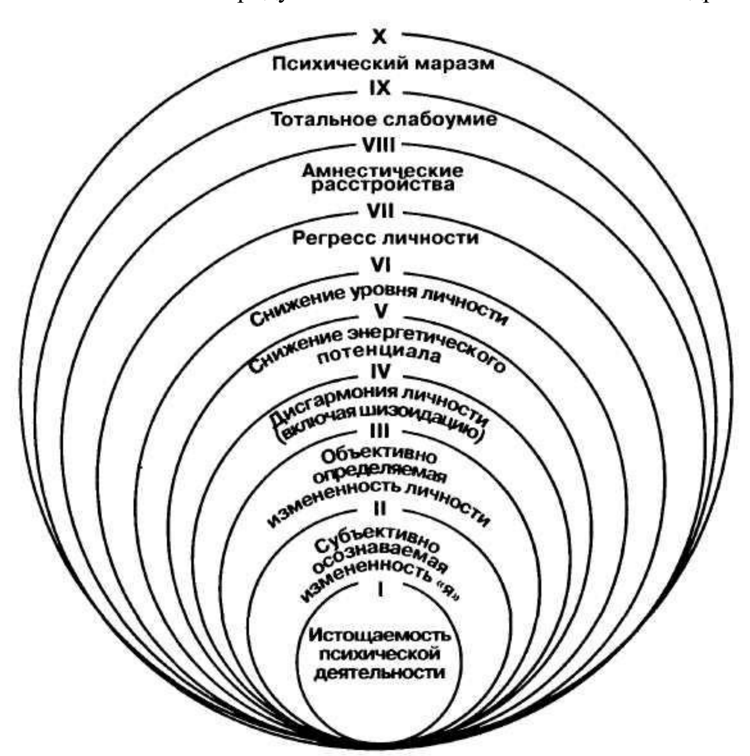


Рис. 2. Соотношение негативных психопатологических синдромов

А.В. Снежневский писал, что при клиническом анализе синдромы искусственно изолируются и абстрагируются, а на самом деле между ними нет непреодолимых границ, каждый синдром выражает лишь один период непрерывного развития болезни.

Синдром как этап болезни может быть одинаковым при различных заболеваниях. Это обусловлено тем, что приспособление к измененным условиям жизни (болезни) достигается с помощью однотипных способов реагирования. Это проявляется в виде симптомов и синдромов, которые при развитии болезни усложняются и превращаются из простых в сложные или из малых в большие.

При разных заболеваниях их клиническая картина изменяется в определенной

последовательности, т.е. существует свойственный каждому заболеванию стереотип развития.

Выделяют общепатологический стереотип развития, свойственный всем болезням, и нозологический стереотип, который типичен для отдельных болезней (Давыдовский И.В.).

Общепатологический стереотип развития болезней предусматривает наличие общих закономерностей при всех этих заболеваниях. Еще В. Гризингер пытался выделить эти закономерности для психических болезней, считая, что каждое заболевание начинается с депрессии, затем появляется бредовая симптоматика и заканчивается все слабоумием.

Выявлено, что на начальных этапах при прогрессирующих психических заболеваниях чаще обнаруживаются невротические расстройства, затем появляются аффективные, бредовые и психорганические. Иными словами, при прогрессирующих психических заболеваниях клиническая картина неуклонно усложняется и углубляется. Типичным примером служит формирование клинических проявлений при шизофрении: на начальных этапах обнаруживаются расстройства невротического уровня, астенические, фобические, затем появляются аффективные расстройства, бредовая симптоматика, усложняющаяся галлюцинациями и псевдогаллюцинациями, синдромом Кандинского—Клерамбо, парафренным бредом и исходом в апатическое слабоумие.

Была сделана попытка моделирования соотношений общепатологических синдромов и нозологических единиц с помощью системы кругов, отражающих динамику продуктивных и негативных синдромов (Снежневский А. В.). Так, продуктивные расстройства, включающие астенический, аффективный, невротический, бредовой и кататонический круги, оценивались как характерные для шизофрении, а негативные шизофренические расстройства представлены кругами, включающими дисгармонию личности (и шизоидизацию), снижение энергетического потенциала и снижение уровня личности (IV, V, VI круги на схеме А.В. Снежневского). Нозологический диагноз учитывает единство продуктивных и негативных расстройств.

Общепатологические закономерности развития психических болезней обнаруживают основные тенденции. Ни продуктивные, ни негативные расстройства не имеют абсолютной нозологической специфичности, эти закономерности скорее распространяются на род болезней или группы болезней, такие как психогенные, эндогенные и экзогенно-органические.

Следует отметить, что в каждой из указанных групп болезней имеют место все выделенные продуктивные симптомы. Так, при психогенных заболеваниях астенические и невротические синдромы характерны для неврозов и невротических развитии личности, аффективные, бредовые, галлюцинаторные, двигательные — для реактивных психозов (депрессии, параноиды, ступорозные состояния), преходящие интеллектуальные и мнестические расстройства — для истерических психозов (псевдодеменция, синдром регресса психики).

При эндогенных и экзогенно-органических заболеваниях имеются все перечисленные синдромы, однако существует определенная предпочтительность их, состоящая в наибольшей частоте и выраженности для той или иной группы заболеваний.

Негативные психические расстройства, несмотря на общепатологические закономерности формирования дефекта личности в связи с болезнью, имеют неоднозначные тенденции в группах заболеваний.

Негативные расстройства обычно представлены следующими синдромами: астеническим или цереброастеническим (истощение психической деятельности, по терминологии Снежневского), изменениями личности, включающими психопатоподобные расстройства, причем при психогенных заболеваниях — это патохарактерологические расстройства, проявляющиеся утратой способности индивида руководить своими эмоциями и поведением при адаптации к окружающей среде. При экзогенно-органических заболеваниях негативные расстройства характеризуются психопатоподобными изменениями личности, которые проявляются чрезмерной насыщенностью переживаний, неадекватностью по силе и выраженности эмоциональных реакций, эксплозивности и агрессивности поведения.

При эндогенных заболеваниях, особенно при шизофрении, изменения личности имеют по сравнению с экзогенно-органическими расстройствами противоположные тенденции и характеризуются эмоциональным обеднением и диссоциированностью эмоциональных проявлении, их разлаженностью и неадекватностью. Такой характер эмоциональных нарушений получил название «стекло и дерево».

Следующий уровень негативных расстройств характеризуется снижением продуктивной деятельности за счет интеллектуально-мнестических и аффективных расстройств.

При эндогенных и экзогенно-органических заболеваниях эти расстройства также различны. Если при экзогенно-органических заболеваниях наблюдаются непосредственное снижение памяти и обеднение интеллектуальной деятельности, то при шизофрении эти расстройства обусловлены глубиной аффективных нарушений, апатией, абулией и само слабоумие носит

название апатического слабоумия.

Принято считать, что у больных шизофренией не страдает память, однако хорошо известны случаи, когда больные, находясь длительно в отделении, не знают имени лечащего врача, соседей по палате, затрудняются назвать даты. Однако эти расстройства памяти не истинные, а обусловленные аффективными нарушениями. В ситуациях, к которым у больных имеется интерес, память оказывается сохранной.

II ОБЩАЯ ПСИХОПАТОЛОГИЯ

Глава 5. РАССТРОЙСТВА ОЩУЩЕНИЙ, ВОСПРИЯТИЙ И ПРЕДСТАВЛЕНИЙ

Ощущение — такой вид психической деятельности, который, возникая при непосредственном воздействии предметов и явлений окружающего мира на органы чувств, отражает лишь отдельные свойства этих предметов и явлений. Например, воспринимается только цвет или консистенция предмета либо звук какого-то явления и т.д. Ощущение — самый элементарный акт познавательного процесса.

Восприятие — это целостное отражение тех явлений или предметов окружающего мира, которые непосредственно воздействуют на наши органы чувств (человек воспринимает цветок в целом, видит его цвет и форму, чувствует запах, тонкость его лепестков).

Одним из свойств восприятия является представление, которое позволяет удерживать информацию на непосредственном уровне.

Представление — это результат оживления образов или явлений, воспринимаемых ранее, в прошлом.

Представление отличается от восприятия следующими особенностями: 1) имеет более обобщенный характер; 2) не так четко, как восприятие, характеризуется определенной фрагментарностью и неустойчивостью; 3) у разных людей имеет различную степень яркости; 4) обладает субъективностью и индивидуальностью, а также способностью к исчезновению.

Являясь способностью произвольно оживлять образы ранее воспринятых явлений и предметов, одни представления не обеспечивают человеку сохранение знаний. Сохранение знаний — это прежде всего функция памяти.

Представления не бывают изолированными: в процессе познавательной деятельности они группируются, ассоциируются.

Ассоциация (от лат. associatio — соединение) — это связь представлений, основанная на предшествующем опыте, когда одно представление, возникнув в сознании, вызывает по каким-то признакам (сходство, близость, противоречивость и т.д.) другое.

5.1. Клинические проявления

Ощущения, восприятия и представления относятся к чувственному познанию. Одним из видов ощущения является боль

5.1.1. Расстройства чувственного познания

Расстройства, относящиеся к нарушениям чувственном) познания, называются сенестопатиями (от лат. sensus — чуне то, ощущение + греч. pathos — болезнь, страдание).

Сенестопатии — патологические ощущения в виде возникающего в различных частях тела или внутренних органах неприятного, а иногда очень тягостного, мучительного чувства покалывания, давления, жжения, скручивания, стягивания, не связанного с какой-либо соматической патологией.

Алгезия — расстройство чувства боли. При наличии такого симптома обязательно следует исключить какую-либо неврологическую патологию.

Анестезия — потеря чувствительности, исчезновение ощущений, что может касаться как отдельных экстерорецепторов (утрата тактильной чувствительности, чаще всего на отдельных участках тела, утрата зрения или слуха с одной или обеих сторон), так и нескольких сразу (например, выпадение слуха и зрения одновременно). При такой патологии, имеющей чаще всего истерическую природу, необходимы самое тщательное объективное обследование, в

первую очередь неврологическое (при кожной анестезии, например, участки потери ощущений не соответствуют зонам иннервации), а также другие специальные методы обследования.

Гипестезия — понижение чувствительности к внешним раздражителям. Звуки воспринимаются приглушенно, как бы «под сурдинку», свет кажется тусклым, краски — какими-то блеклыми, стертыми («все кругом какое-то серое и лампочка так слабо светит»).

Гиперестезия — обостренное, усиленное чувственное восприятие со стороны экстерорецепторов, касающихся как отдельных анализаторов (острое до непереносимости восприятие обычных запахов — гиперосмия; непереносимость обычных звуков — гиперакузия и т.д.), так и сочетания их (например, и свет, и звук кажутся очень сильными). Гиперестезия сопровождается реакцией раздражения.

Больной 34 лет, конструктор, после года очень напряженной, без отдыха, работы стал отмечать, что с трудом переносит любые внешние раздражители: «Воротник рубашки давит, яркий свет приводит в бешенство, обычный разговор в транспорте раздражает настолько, что нередко схожу раньше своей остановки, чтобы немного успокоиться».

Синестезии — особенности чувственного восприятия, заключающиеся в том, что внешний раздражитель, адресованный к одному анализатору, вызывает одновременно ответ с какого-то другого или нескольких анализаторов. Так, известный французский поэт Бодлер чувствовал в «слиянии воедино» запахи, звуки и краски («Аромат зеленый и звучный»), хотя реально ощущал в это время только запах. У другого известного французского поэта — Артюра Рембо — гласные буквы окрашивались в определенные цвета: «а» — в черный, «е» — в белый, «о» — в голубой и т.д.

Синестезии не обязательно патология, они могут встречаться и в норме — у одаренных музыкантов, поэтов, художников. Они могут возникать как временная патология при действии психотомиметических средств.

5.1.2. Иллюзии

Иллюзии — расстройства восприятия, при которых реальные явления или предметы воспринимаются человеком в измененном, ошибочном виде. Иллюзорное восприятие может иметь место и на фоне полного психического здоровья, когда искаженная перцепция связана с недостатком того или иного органа чувств или с проявлением одного из законов физики. Классический пример: ложка в стакане чая кажется преломленной, о чем еще Р. Декарт сказал: «Мой глаз ее преломляет, а мой разум — выпрямляет».

Выделяют также иллюзии невнимания (Ясперс К.), когда здоровый человек при отвлечении внимания на что-то очень важное может воспринять окружающее ошибочно.

Иллюзии, связанные с нарушением психической деятельности, чаще всего подразделяются на аффективные или аффектогенные, вербальные и парэйдолические.

Аффективные (аффектогенные) иллюзии возникают под влиянием сильного чувства, такого аффекта как сильный страх, чрезмерное нервное напряжение. В таком напряженном состоянии человек прозрачную штору ошибочно воспринимает как качающийся скелет, пальто на вешалке кажется страшным бродягой, галстук на спинке стула — ползущей змеей, в шуме вентилятора слышатся угрозы в свой адрес и т.д.

Вербальные иллюзии (от лат. verbalis — устный, словесный) выражаются в ошибочном восприятии смысла слов, речей окружающих, когда вместо нейтрального для больного разговора окружающих он слышит (что обычно также бывает на фоне сильного страха) угрозы, ругательства, обвинения, якобы относящиеся к нему.

Парэйдолические иллюзии (от греч. para — возле, около + eidoles — образ) — расстройства восприятия, когда действительно существующие образы воспринимаются изменённо, обычно в причудливо-фантастическом виде. Например, узор на обоях воспринимается как гигантская жаба, тень от торшера — как голова какого-то страшного ящера, узоры на ковре — как прекрасный, никогда прежде не виданный пейзаж, очертания облаков — как живописная группа людей.

Иллюзии подразделяют по органам чувств, но чаще всего выделяют зрительные и слуховые. Кратковременно они могут возникать и у здоровых людей, находящихся в состоянии тревоги, напряженного ожидания, сильного волнения[1]. Однако скорее всего они сигнализируют о начинающемся психозе, о болезни, чаще интоксикационной или инфекционной природы.

---

[1] Как исключение парэйдолические иллюзии бывают у здоровых людей, особенно одаренных художников, например Леонардо да Винчи тренировками усиливал эту «способность к воображению» и призывал к тому же других художников («Трактат о живописи»).

Яркую и очень поэтичную иллюстрацию иллюзорного восприятия можно найти у Гете в его балладе «Лесной царь» (перевод В.А. Жуковского). Приводим два отрывка.

— Дитя, что ко мне ты так робко прильнул?
— Родимый, лесной царь в глаза мне сверкнул.
Он в темной короне, с густой бородой.
— О, нет, то белеет туман над водой.
— Родимый, лесной царь со мной говорит:
Он золото, перлы и радость сулит.
— О, нет, мой младенец, ослышался ты;
То ветер, проснувшись, колыхнул листы.

5.1.3. Галлюцинации

Галлюцинации — расстройства восприятия, когда человек вследствие нарушений психической деятельности видит, слышит, ощущает то, что в реальной действительности не существует. Это, как говорят, восприятие без объекта.

К галлюцинациям нельзя относить миражи — явления, основанные на законах физики. Подобно иллюзиям, галлюцинации подразделяются по органам чувств. Обычно выделяют слуховые, зрительные, обонятельные, вкусовые, тактильные и так называемые галлюцинации общего чувства, к которым чаще всего относят висцеральные и мышечные галлюцинации. Могут быть и комбинированные галлюцинации (например, больной видит змею, слышит ее шипение и чувствует ее холодное прикосновение).

Все галлюцинации, независимо от того, относятся ли они к зрительным, слуховым или другим обманам чувств, делятся на истинные и псевдогаллюцинации.

Истинные галлюцинации всегда проецируются вовне, связаны с реальной, конкретно существующей обстановкой («голос» звучит из-за реальной стены; «черт», помахивая хвостиком, садится на реальный стул, оплетая хвостом его ножки и т.д.), чаще всего не вызывают у больных никаких сомнений в их действительном существовании, так же ярки и естественны для галлюцинирующего, как и реальные вещи. Истинные галлюцинации иногда воспринимаются больными даже более ярко и отчетливо, чем действительно существующие предметы и явления.

Псевдогаллюцинации[1] чаще, чем истинные, характеризуются следующими отличительными особенностями: а) чаще всего проецируются внутри тела больного, главным образом в его голове («голос» звучит внутри головы, внутри головы больной видит визитную карточку с написанными на ней неприличными словами и т.д.); б) если даже псевдогаллюцинаторные расстройства проецируются и вне собственного тела (что бывает гораздо реже), то они лишены характера объективной реальности, свойственной истинным галлюцинациям, совершенно не связаны с реальной обстановкой. Более того, в момент галлюцинирования эта обстановка как бы куда-то исчезает, больной в это время воспринимает только свой галлюцинаторный образ; в) появление псевдогаллюцинаций, не вызывая у больного каких-либо сомнений в их реальности, всегда сопровождается чувством сделанности, подстроенности, наведенности этих голосов или видений. Псевдогаллюцинации являются, в частности, составной частью синдрома Кандинского— Клерамбо, в который входит также бред воздействия, поэтому больные и убеждены, что «видение» им «сделали с помощью особых аппаратов», «голоса наводят прямо в голову транзисторами».

Слуховые галлюцинации чаще всего выражаются в патологическом восприятии больным каких-то слов, речей, разговоров (фонемы), а также отдельных звуков или шумов (акоазмы). Словесные (вербальные) галлюцинации могут быть самыми разнообразными по содержанию: от так называемых окликов (больной «слышит» голос, называющий его имя или фамилию) до целых фраз или даже длинных речей, произносимых одним или несколькими голосами.

Наиболее опасны для состояния больных императивные галлюцинации, содержание которых носит повелительный характер, например больной слышит приказание молчать, ударить или убить кого-то, нанести себе повреждение. Ввиду того, что подобные «приказы» являются следствием патологии психической деятельности галлюцинирующего человека, больные с такого рода болезненными переживаниями могут быть очень опасны как для себя, так и для окружающих, а потому нуждаются в особом надзоре и уходе.

Галлюцинации угрожающие также очень неприятны для больного, так как он слышит угрозы

[1] Псевдогаллюцинации, впервые описанные В. Кандинским, напоминают представления, но отличаются от них, как подчеркивал еще сам В. Кандинский, следующими особенностями: 1) независимостью от воли человека, 2) навязчивостью, насильственностью; 3) законченностью, оформленностью псевдогаллюцинаторных образов.

в свой адрес, реже — в адрес близких ему людей: его «хотят зарезать», «повесить», «выбросить с балкона» и т.д.

К слуховым галлюцинациям относятся также комментирующие, когда больной «слышит речи» обо всем, о чем бы он ни подумал или что бы ни сделал.

Больной 46 лет, скорняк по профессии, много лет злоупотребляющий алкоголем, стал жаловаться на «голоса», которые ему «проходу не дают»: «вот сейчас сшивает шкурки, но плохо, руки дрожат», «решил отдохнуть», «пошел за водкой», «какую хорошую шкурку украл» и т.д.

Антагонистические (контрастирующие) галлюцинации выражаются в том, что больной слышит две группы «голосов» или два «голоса» (иногда один справа, а другой слева) с противоречивым смыслом («Давайте сейчас с ним расправимся». — «Нет, подождем, он не такой уж плохой»; «Нечего ждать, давай топор». — «Не трогай, он свой в доску»).

Зрительные галлюцинации могут быть либо элементарными (в виде зигзагов, искр, дыма, пламени — так называемые фотопсии), либо предметными, когда больной очень часто видит не существующих в действительности зверей или людей (в том числе и тех, кого он знает или знал), животных, насекомых, птиц (зоопсии), предметы или иногда части тела человека и т.д. Подчас это могут быть целые сцены, панорамы, например поле боя, ад со множеством бегающих, кривляющихся, дерущихся чертей (панорамические, киноподобные). «Видения» могут быть обычных размеров, в виде очень мелких людей, животных, предметов и т.д. (лилипутские галлюцинации) или в виде очень больших, даже гигантских (макроскопические, гулливерские галлюцинации). В некоторых случаях больной может видеть себя, свой собственный образ (галлюцинации двойника, или аутоскопические).

Иногда больной что-то «видит» позади себя, вне поля зрения (экстракампинные галлюцинации).

Обонятельные галлюцинации чаще всего представляют собой мнимое восприятие неприятных запахов (больной ощущает запах гниющего мяса, гари, тления, яда, пищи), реже — совсем незнакомый запах, еще реже — запах чего-то приятного. Нередко больные с обонятельными галлюцинациями отказываются от еды, так как уверены, что «в пищу им подсыпают ядовитые вещества» или «кормят гнилым человеческим мясом».

Тактильные галлюцинации выражаются в ощущении прикосновения к телу, жжения или холода (термические галлюцинации), в ощущении хватания (гаптические галлюцинации), появления на теле какой-то жидкости (гигрические галлюцинации), ползания по телу насекомых. Больному может казаться, будто его кусают, щекочут, царапают.

Висцеральные галлюцинации — ощущение присутствия в собственном теле каких-то предметов, животных, червей («в животе лягушка сидит», «в мочевом пузыре головастики расплодились», «в сердце клин вбит»).

Гипнагогические галлюцинации — зрительные обманы восприятия, появляющиеся обычно вечером перед засыпанием, при закрытых глазах (их название происходит от греч. hypnos — сон), что делает их более родственными псевдогаллюцинациям, чем истинным галлюцинациям (нет связи с реальной обстановкой). Эти галлюцинации могут быть единичными, множественными, сценоподобными, иногда калейдоскопическими («у меня в глазах какой-то калейдоскоп», «у меня теперь собственный телевизор»). Больной видит какие-то рожи, гримасничающие, показывающие ему язык, подмигивающие, чудовищ, причудливые растения. Значительно реже такое галлюцинирование может возникать во время другого переходного состояния — при пробуждении. Подобные галлюцинации, также возникающие при закрытых глазах, носят название гипнопомпических.

Оба этих вида галлюцинации нередко бывают одними из первых предвестников белой горячки или какого-то другого интоксикационного психоза.

Функциональные галлюцинации — те, что возникают на фоне реального раздражителя, действующего на органы чувств, и только в течение его действия. Классический пример, описанный В.А. Гиляровским: больная, как только из крана начинает литься вода, слышала слова: «Иди домой, Наденька». При закручивании крана исчезали и слуховые галлюцинации. Так же могут возникать зрительные, тактильные и другие галлюцинации. От истинных галлюцинаций функциональные отличаются наличием реального раздражителя, хотя и имеют совершенно иное содержание, а от иллюзий — тем, что воспринимаются параллельно с реальным раздражителем (он не трансформируется в какие-то «голоса», «видения» и т.д.).

Внушенные и вызванные галлюцинации. Галлюцинаторные обманы чувств можно внушить во время сеанса гипноза, когда человек будет чувствовать, например, запах розы, сбрасывать с

себя «обвивающую» его веревку. При известной готовности к галлюцинированию возможно появление галлюцинаций и тогда, когда спонтанно эти обманы чувств уже не появляются (например, если человек только что перенес делирий, особенно алкогольный). Симптом Липмана — вызывание зрительных галлюцинаций легким нажатием на глазные яблоки больного, иногда к надавливанию следует добавить и соответствующее внушение. Симптом чистого листа (симптом Рейхардта) заключается в том, что больному предлагается очень внимательно рассматривать чистый лист белой бумаги и рассказывать, что он там видит. При симптоме Ашаффенбурга больному предлагают поговорить по выключенному телефону; таким образом проверяется готовность к возникновению слуховых галлюцинаций. При проверке последних двух симптомов также можно прибегнуть к внушению, сказав, допустим: «Посмотрите, какого вы мнения об этом рисунке?», «Как вам нравится эта собака?», «Что вам сообщает по телефону этот женский голос?»

Изредка внушенные галлюцинации (как правило, зрительные) могут иметь и индуцированный характер: здоровый, но внушаемый, с истерическими чертами характера человек может вслед за больным «увидеть» черта, ангелов, какие-то летающие предметы и т.д. Еще реже индуцированные галлюцинации могут возникнуть у нескольких людей, но обычно на очень короткое время и без той четкости, образности, яркости, как это бывает у больных

Галлюцинации — симптом болезненного расстройства (хотя иногда и кратковременного, например, под действием психотомиметических средств). Но иногда, как уже отмечалось, довольно редко, они могут возникать и у здоровых (внушенные в гипнозе, индуцированные) или при патологии органов зрения (катаракта, отслойка сетчатки и т.д.)[1] и слуха.

Галлюцинации при этом чаще элементарные (вспышки света, зигзаги, разноцветные пятна, шум листвы, падающей воды и т.д.), но могут быть и в виде ярких, образных слуховых или зрительных обманов восприятий

Больная 72 лет с потерей зрения до уровня светоошушения (двусторонняя катаракта), у которой не выявлено никаких психических нарушений, кроме незначительного снижения памяти, после неудачно прошедшей операции стала говорить, что видит на стене каких-то людей, преимущественно женщин. Затем эти люди «сошли со стены и стали как настоящие. Потом на руках одной из девушек появилась маленькая собачка. Какое-то время никого не было, затем появилась белая козочка». В дальнейшем больная иногда «видела» эту козочку и спрашивала у окружающих, почему вдруг в доме очутилась коза.

Никакой другой психической патологии у больной не было.

Через месяц после удачно проведенной операции на другом глазу, галлюцинации полностью исчезли и в течение наблюдения (5 лет) никакой психической патологии, кроме снижения памяти, у больной не выявлялось.

Признавая возможность галлюцинаций у людей с патологией зрения и слуха, необходимо собрать подробный анамнез (наличие в прошлом заболевания, рецидив которого возник во время заболевания глаз), провести тщательное обследование психического состояния в настоящее время и катамнестическое прослеживание, так как катаракта, снижение слуха и другие нарушения выявляются в пожилом возрасте, когда может начинаться и психическое заболевание, свойственное этому периоду. Очень важно знать и учитывать объективные признаки галлюцинаций, опасный характер некоторых из них (например, императивных галлюцинаций), присущее психически больным стремление скрыть свои болезненные переживания (диссимуляция) Нередко общая недоступность, невозможность вступить с больным в контакт обязывают врача очень тщательно следить за его поведением, мимикой, жестами, пантомимикой. Например, больные могут затыкать уши или нос, внимательно к чему-то прислушиваться, плевать вокруг себя, обнюхивать пищу, что-то говорить, прятаться, быть агрессивными, подавленными, растерянными и т.д. Имеет значение и характер болезни при острых психозах преобладают зрительные галлюцинации, при длительно текущих — слуховые

Больной М., 35 лет, длительное время злоупотреблявший алкоголем, после перенесенной пневмонии стал испытывать страхи, плохо и беспокойно спать. Вечером с тревогой позвал жену и просил, указывая на тень от торшера «убрать со стены эту безобразную рожу». Позднее увидел крысу с толстым, очень длинным хвостом, которая внезапно остановилась и спросила

[1] Это так называемые галлюцинации типа Шарля Боннэ — натуралиста XVII века, наблюдавшего у своего 89-летнего деда, страдающего катарактой, галлюцинации в виде животных и птиц.

«мерзким писклявым голосом»: «Что, допился?». Ближе к ночи вновь увидел крыс, внезапно вскочил на стол, пытался сбросить на пол телефонный аппарат, «чтоб испугать этих тварей». При стационировании в приемном покое, ощупывая себе лицо и руки, раздраженно сказал: «Такая клиника, а пауков развели, все лицо мне паутина облепила».

Галлюцинаторный синдром (галлюциноз) — наплыв обильных галлюцинации (вербальных, зрительных, тактильных) на фоне ясного сознания, продолжительностью от 1—2 нед (острый галлюциноз) до нескольких лет (хронический галлюциноз) Галлюциноз может сопровождаться аффективными расстройствами (тревога, страх), а также бредовыми идеями Галлюцинозы наблюдаются при алкоголизме, шизофрении, эпилепсии, органических поражениях головного мозга, в том числе сифилитической этиологии

5.1.4. Дереализация

Дереализация — отчуждение мира восприятий (К. Ясперс), расстройство перцепции (восприятия) окружающей действительности, при котором восприятие прежде знакомых явлений и предметов, живых существ, пространственных отношений начинает сопровождаться чувством их изменённости, чуждости, неестественности, нереальности. При этом больным чаще всего даже трудно определить, каким образом изменилось все вокруг. Именно поэтому при описании своих необычных переживаний они употребляют такие слова, как: «будто бы», «вроде», «наподобие», «как бы», «дома какие-то далекие-далекие», «как будто все подернулось какой-то дымкой», «деревья как нарисованные, хотя я знаю, что они настоящие», «все кругом какое-то мертвое», «все и такое и не такое, как будто бы я видела все это во сне», «все вижу как через толстое, мутное стекло», «звуки доходят приглушенно, как будто бы мои уши заткнуты ватой», «все воспринимается как бы через пленку тумана» и т.д.

Дереализационное восприятие окружающего может касаться как нескольких анализаторов одновременно (изменение зрительных, слуховых, тактильных, вкусовых и других впечатлений), так и какого-то одного из них (преимущественно зрительного или слухового): больной не может на ощупь определить, какого предмета он касается — деревянного или железного; не может различить вкус пищи («все, как трава»).

Нарушения восприятия при дереализации могут касаться также пространственных взаимоотношений («все куда-то отодвинулось и стало каким-то плоским, как бы нарисованным») и измененного восприятия времени («время течет слишком медленно», «как бы остановилось» или, наоборот, «за этот краткий миг мне показалось, что надо мной пронеслись века»).

При выраженных дереализационных явлениях может исчезнуть чувство действительности: больная не знает, ела она сегодня или нет, была ли у нее на свидании мать и существует ли она вообще, не может представить себе свою домашнюю обстановку и т.д.

Дереализация нередко комбинируется с деперсонализацией, особенно в виде аутодеперсонализации.

Родственными дереализационными явлениями считаются такие симптомы, как уже виденное (deja vu), уже пережитое (deja vecu), уже испытанное (deja eprouve), уже слышанное (deja entendu) или, напротив, никогда не виденное (jamais vu). Эти переживания состоят в том, что незнакомая, совершенно новая обстановка обычно на какое-то мгновение кажется знакомой, уже когда-то виденной, пережитой, а речи окружающих — когда-то слышанными. В противоположность этим переживаниям бывает (также очень кратковременно), когда хорошо знакомая ситуация представляется совершенно чуждой, незнакомой, никогда не виданной.

Эти симптомы довольно часто встречаются и у здоровых людей, особенно в связи с утомлением, недосыпанием, перенапряжением.

Переживания чувства дереализации могут появляться и у здоровых людей (при тех же условиях и также кратковременно), хотя нередко встречаются и при психических заболеваниях. Из дереализационных расстройств у здоровых (также при переутомлении) иногда отмечаются кратковременные нарушения такого характера, когда хорошо знакомая местность кажется перевернутой на 180° (т.е. человек не сразу понимает, налево ему идти или направо), что обычно бывает на улице, при выходе из транспорта, в метро и т.д.

5.1.5. Расстройства схемы тела[1]

Расстройства схемы тела выражаются в нарушении привычных представлений о размерах и форме своего тела или отдельных его частей, о расположении их или о положении всего тела. Например, больному кажется, что его голова стала огромной, не умещается не только на

[1] Эти нарушения относятся к расстройствам сенсорного синтеза.

подушке, но и вообще в комнате, что ноги его начинаются прямо от головы, а туловище исчезло. Другой чувствует, что у него непомерно увеличилась рука — «стала просто пудовой», сам он «становится маленьким или, напротив, огромным, «как Гулливер в стране лилипутов», его «руки вытягиваются», «ноги раздвоились и их стало не меньше четырех», «голова отделилась or тела» и т.д. Под контролем зрения эти измененные представления о форме, размерах и положении собственного тела или отдельных его частей, как правило, исчезают, больной видит свое тело в обычном, привычном для него виде, но стой ему закрыть глаза, как голова вновь становится непомерно большой и т.д.

Расстройства схемы тела нередко сопровождаются метаморфопсиями — искаженным восприятием формы окружающих предметов (от греч. meta — после, за, через; обозначает также переход к чему-то другому, перемену состояния, превращение + morphe — форма). Например, шкаф кажется больному искривленным, ножки стула — зигзагообразными, окно принимает ромбическую форму. Кроме того, искаженное восприятие окружающих предметов выражается в том, что они кажутся больному меньше или больше их натуральной величины (микропсия, макропсия), увеличивается их число (полиопсия), они перемещаются (оптическая аллестезия), палятся на больного, вдавливаются в него, находятся в бурном движении (оптическая буря).

Иногда в грубо измененном виде воспринимаются не только величина и форма предметов, но и пространственные отношения: больному кажется, что стены комнаты сближаются, рушатся, падают на него или, напротив, раздвигаются, пол становится волнообразным, пространство как бы разрывается.

Метаморфопсии и родственные им симптомы отличаются от иллюзий адекватностью восприятия (больной знает, что он видит стул, хотя и с кривыми ножками, а не гигантского паука вместо стула, как это может быть при иллюзорном восприятии). От галлюцинаций они отличаются тем, что в искаженном виде больной воспринимает все-таки реально существующие вещи, а не то, чего нет в действительности.

5.2. Сравнительно-возрастные особенности расстройств ощущений, восприятий и представлений

Особенности патологии ощущений, восприятий, представлений зависят не только от характера заболевания, клинической формы, остроты и стадии его, но и от возраста больного (детский, подростковый, зрелый)[1].

Наиболее тщательное изучение нарушений ощущений и восприятий в детском и подростковом возрасте проведено Г.Е. Сухаревой.

Сенестопатии могут появляться у детей с 5—7 лет, чаще всего они проецируются в области органов брюшной полости (хотя могут иметь и иную локализацию), возникают обычно в виде кратковременных эпизодов. Повторяемость таких кратковременных, но неприятных ощущений в области живота, которые ребенок не в состоянии обычно четко описать, может быть первым признаком начинающейся в детском возрасте эпилепсии (Успенская М.А.).

Девочка 7 лет довольно часто, иногда по нескольку раз в день, предъявляла матери одни и те же жалобы: «Что-то у меня в животике больно давит». Тщательное соматическое обследование никакой патологии не обнаружило, а через 2 года у девочки появилась типично эпилептическая симптоматика.

Патологические ощущения в виде сенестопатии у подростков более оформлены, напоминают подобные расстройства у взрослых.

В силу яркости, образности детского восприятия, неразвитости еще второй сигнальной системы у детей иллюзии могут быть и в норме, когда «реальное часто переплетается с фантастическим». Детям младшего возраста свойственна склонность к фантазированию, способность одушевлять или воспринимать по-иному реальные предметы, наделять их какими-то особыми свойствами («солнышко живое, оно ходит по небу», «диван — это машина, мы на ней сейчас едем на юг» и т.д.), но в то же время не отключаться от действительности.

При патологическом фантазировании ребенок целиком отрывается от реального мира, он весь в своих болезненных фантазиях.

Кроме того, у детей могут быть и собственно иллюзии как патология, возникающая либо на фоне страхов (аффектогенные иллюзии), либо при интоксикации и инфекциях, при делириозном расстройстве сознания.

---

[1] В юношеском возрасте расстройства восприятии практически не отличаемся от таковых в зрелом.

Девочка 5 лет, перенесшая тяжелую форму скарлатины, при высокой температуре просила, показывая на стоящую в комнате еще не убранную новогоднюю елку: «Уберите этого Горыныча, прогоните его».

Особенностью детского возраста, касающейся патологии восприятия, является частое «видение» различных героев сказок и мультфильмов. Это касается не только иллюзий, но и галлюцинаций. Дети «видят» «бабу-ягу», «страшного тигра Шер-Хана», «злую колдунью» и т.д. Другой особенностью является преобладание зрительных обманов восприятия (даже при шизофрении в отличие от этой болезни у взрослых, протекающей преимущественно со слуховыми галлюцинациями).

У детей и подростков могут быть и псевдогаллюцинации, причем нередко в виде гипнагогических. Последние возникают чаще всего на фоне болезни, особенно протекающей с помрачением сознания в виде онейроида (шизофрении, инфекции, в том числе интракраниальные; интоксикации).

Девочка 3 лет, уже уложенная в постель, внезапно вскакивала и начинала бить себя кулачками по голове, плакать и кричать «Опять эти страшные дядьки в голове, никак не могу прогнать их».

Псевдогаллюцинации в виде гипнагогических могут возникать у детей и подростков и без какого-либо психоза, но при наличии таких черт, как эмоциональная лабильность, впечатлительность, повышенная внушаемость.

Нарушения сенсорного синтеза в виде расстройства схемы тела и метаморфопсий бывают у детей (обычно после 6—7 лет) при органических поражениях головного мозга различной этиологии.

Глава 6. РАССТРОЙСТВА ПАМЯТИ И ИНТЕЛЛЕКТА

Память — такой вид психической деятельности, при помощи которого отражается прошлый опыт.

Память («входные ворота интеллекта») является необходимым условием для более сложного вида психической деятельности — мышления. Различают кратковременную и длительную, механическую и смысловую (ассоциативную) память

Память состоит из следующих основных компонентов *рецепция* — восприятие нового, *ретенция* — способность удерживать эту новую информацию, *репродукция* — способность воспроизводить полученную информацию

Интеллект — относительно устойчивая структура умственных способностей индивида (способность к рациональному познанию, мышление, ориентировка, критические способности, умение адаптироваться в новой ситуации и т.д.)

6.1. Клинические проявления

6.1.1. Нарушения памяти

6.1.1.1. Амнезии

Амнезия[1] (греч. а — частица, означающая отрицание, + mneme — память, воспоминание) — потеря памяти, отсутствие ее

Ретроградная амнезия — потеря памяти на события, предшествующие расстройству сознания или болезненному психическому состоянию Может охватывать различный отрезок времени.

Человек, перенесший травму головы с потерей сознания в течение 5 ч, прийдя в себя, никак не мог вспомнить не только как, при каких обстоятельствах это случилось, но и что было в течение трех дней перед этим. Совершенно не помнил, что он в этот период делал, где был, кого видел

Антероградная амнезия — потеря памяти на события, происшедшие непосредственно после окончания состояния расстроенного сознания или болезненного психического состояния

Продолжительность во времени также может быть различной

[1] Термин произошел от имени Мнемосины (Мнемозины), богини памяти, матери 9 муз (в греч миф)

Больной, перенесший серию эпилептических припадков, после окончания их и полного прояснения сознания долго разговаривал с врачом, сообщая ему о самочувствии в данный момент, жаловался на боль в прикушенном языке, на чувство разбитости во всем теле, просил поскорее выписать его домой. Однако когда он встретил врача через несколько часов - к вечеру того же дня, то никак не мог вспомнить, что сегодня этого врача уже видел. Совершенно не помнил также и содержание беседы, а также все другие события дня (что он ел за обедом, чем занимался)

Нередко встречается и сочетание этих двух видов амнезий, в таком случае говорят о *ретроантероградной амнезии.*

Фиксационная амнезия — потеря способности запоминать, фиксировать текущие события; все, что в данный момент имело место, тут же больным забывается.

Больная никак не могла запомнить, где стояла ее кровать, хотя находилась в этой палате уже в течение нескольких лет, не помнила имени своего лечащего врача, несмотря на то, что ей сообщали его каждый день, никак не могла вспомнить, что она только что ела, чем занималась. Встречая по несколько раз в день дежурную сестру, каждый раз радостно заявляла: «Рада вас приветствовать, давненько мы с вами не встречались»

Прогрессирующая амнезия характеризуется постепенным ослаблением памяти, причем в первую очередь ослабляется, а потом и исчезает память на текущие события, на то, что было недавно, на события последних лет, в то время как далекое прошлое человек может помнить долго и довольно хорошо.

Больная, ничего не помнящая из событий последних лет, забывшая даже, как зовут ее дочь, в то же время хорошо помнила, какую чудесную куклу ей подарили в шестилетнем возрасте, хотя было это 60 лет тому назад. Помнила, какое на этой кукле было платье, какие волосы, как она не расставалась с ней даже ночью.

Характерная последовательность снижения памяти по принципу «обратного хода памяти» называется законом Рибо. По этому закону происходит и так называемое физиологическое старение памяти

6.1.1.2. Парамнезии

Парамнезия (греч para — рядом, возле, около + mneme — память, воспоминание) — ошибочные, ложные, превратные воспоминания Человек может вспоминать действительно имевшие место события, но относить их к совсем иному времени. Это называется *псевдореминисценциями* — ложными воспоминаниями

Конфабуляции (от лат. con — с + fabula — повествование, история, сказка, беседы) — другой вид парамнезии — вымышленные воспоминания, совершенно не соответствующие действительности, когда больной сообщает о том, чего в действительности никогда не было. В конфабуляциях часто присутствует элемент фантазии.

Больной с возмущением говорил: «Ужасные безобразия творятся в той клинике вчера, например, меня посадили в клетку, а до этого заставили вылезать на улицу через форточку».

Криптомнезия (от греч kryptos — скрытый, тайный + mneme — память, воспоминание) — такого рода парамнезии, когда человек не может вспомнить, когда было то или иное событие, во сне или наяву, написал ли он стихотворение или просто запомнил когда-то прочитанное, был ли он на концерте известного музыканта или только слышал разговор об этом. Иными словами, забывается источник той или иной информации.

Больная утром, только что проснувшись, рассказала соседкам по палате содержание своего сна: ей приснилось, что мать в ее отсутствие сдала в ломбард все ее платья. Увидев мать, пришедшую к ней на свидание к вечеру этого дня, больная стала плакать и упрекать ее за «сданные в ломбард платья». Была убеждена, что это было на самом деле, заявляла матери: «Тебе просто стыдно, вот ты и говоришь, что ничего не сдавала».

Очень редко встречается так называемая *фотографическая память*, когда человек, только что прочитав несколько страниц незнакомого текста, может тут же повторить на память все

прочитанное почти без ошибок.

Близок к фотографической памяти и феномен, называемый эйдетизмом, в целом относимый не только к памяти, но и к области представлений (см. главу 5).

Эйдетизм (от греч. eidos — образ) — явление, при котором представление зеркально воспроизводит восприятие. Здесь также участвует память в ее ярком образном виде: предмет или явление после исчезновения сохраняет в сознании человека свой живой наглядный образ. Эйдетизм как нормальное явление бывает у маленьких детей с их способностью к яркому образному восприятию и чрезвычайно редко встречается у взрослых. Например, ребенок, посмотрев на фотографию и перевернув ее обратной стороной, может в точности описать виденное.

Очень хорошая память совершенно не обязательно свидетельствует о высоком интеллекте. У олигофренов может быть очень высоко развито механическое запоминание без всякого его осмысления.

6.1.2. Интеллектуальные расстройства

Расстройства интеллектуальной деятельности — изменение процесса рационального познания, умозаключений, суждений, критических способностей.

6.1.2.1. Слабоумие

Различают так называемую *деменцию* (от лат. de — приставка, означающая снижение, понижение, движение вниз, + mens — ум, разум) — приобретенное слабоумие и олигофрению (от греч. oligos — малый в смысле количества + phren — дума, ум) — врожденное слабоумие. По особенностям клинической картины различают следующие типы деменций.

Органическая деменция — слабоумие, вызванное главным образом сосудистыми заболеваниями головного мозга, сифилитическими и старческими психозами, травмами головного мозга. Органическое слабоумие обычно делят на две группы: тотальное (диффузное, глобальное) и частичное (дисмнестическое, парциальное, лакунарное)[1].

Тотальное слабоумие характеризуется стойким снижением всех интеллектуальных функций, слабостью суждений, отсутствием критики к своему состоянию. Примером тому может служить так называемая сенильная деменция (см. «Психозы старческого возраста»), а также слабоумие при прогрессивном параличе (паралитическая деменция — см.).

Больной, в прошлом очень образованный и культурный человек, не стесняясь присутствующих, ходит голым по палате, затем подходит к молодому врачу и предлагает ей «немедленно выходить за него замуж». Не помнит дат своей жизни, известных исторических дат. Без всякой критики относится к своему состоянию, считает себя вполне здоровым, а факт своего пребывания в отделении психиатрической больницы объясняет желанием «отдохнуть отдел в этой милой обстановке».

Частичное (дисмнестинеское) слабоумие характеризуется, как показывает уже само название, выраженными нарушениями памяти. Остальные интеллектуальные функции страдают главным образом вторично, поскольку нарушаются «входные ворота интеллекта», как иногда называют память. Такие больные сохраняют способность к суждениям, у них наблюдается критическое отношение к своему состоянию. Им трудно усваивать новое, но старые знания, особенно профессиональные, хорошо закрепленные, могут у них сохраняться довольно долго. Ввиду критического отношения к себе такие больные понимают свое положение, стараются избегать разговора, в котором они могли бы обнаружить расстройства памяти, пользуются постоянно записной книжкой, пишут заранее, что им надо сказать или сделать.

Типичная картина такого частичного слабоумия может наблюдаться при церебральном атеросклерозе или сифилисе головного мозга.

Среди приобретенного слабоумия выделяют также шизофреническое и эпилептическое слабоумие.

Шизофреническое слабоумие, называемые еще *апатическим* или *атактическим*, характеризуется интеллектуальной бездеятельностью, безынициативностью, в то время как предпосылки к умственной деятельности еще длительное время могут сохраняться.

Именно поэтому интеллект таких больных сравнивают со шкафом, полным книг, которыми никто не пользуется, или с музыкальным инструментом, закрытым на ключ и никогда не от-

---

[1] По Международной классификации болезней (10-й пересмотр) выделяются следующие виды деменций: деменция при болезни Альцгеймера; сосудистая деменция; деменций при болезнях Пика, Гентингтона, Паркинсона, СПИДе и др.; неуточненные деменций.

крываемым.

Молодой человек 22 лет целыми днями неподвижно лежит в постели, не проявляя ни к чему никакого интереса и ничем не занимаясь. Не берет в руки книг, совершенно равнодушен к самой интересной телевизионной передаче. В то же время однажды неожиданно подошел к шахматному столику и обыграл очень сильного шахматиста. В дальнейшем по-прежнему ничем не занимался, безучастно относился к многочисленным предложениям сыграть в шахматы.

Эпилептическое слабоумие выражается не только в значительном снижении памяти, но и в своеобразном изменении мышления, когда человек начинает терять способность различать главное и второстепенное, ему все кажется важным, все мелочи — значительными. Мышление становится вязким, непродуктивным, патологически обстоятельным, больной никак не может выразить свою мысль (недаром эпилептическое мышление называют иногда лабиринтным). Характерно также сужение круга интересов, концентрация внимания исключительно на своем состоянии (*концентрическое слабоумие*).

Больная 36 лет, с детства страдающая эпилепсией, подробно, с множеством деталей, сообщает о своем состоянии: «Так вот, значит, я тогда пошла, пошла, а передо мной дверь, ну я взялась за ручку, взялась и толкнула, а там еще бабушка стояла, у нее носки шерстяные и ботинки сороковой размер ...» и т.д. Всю эту длинную речь больная произнесла для того, чтобы сообщить врачу о появлении припадков после ушиба головы дверью. Память резко снижена, женщина пользуется небольшим количеством слов, часто применяя трафаретные выражения и рифмы, охотно употребляет уменьшительные слова: «глазоньки», «рученьки», «сестриченька», «кроваточка». Целиком занята собой, окружающим интересуется постольку, поскольку это имеет какое-то отношение к ней.

Олигофрения — наследственное, врожденное или приобретенное в первые годы жизни слабоумие, выражающееся в общем психическом недоразвитии с преобладанием в первую очередь интеллектуального дефекта и вследствие этого в затруднении социальной адаптации.

6.2. Основные синдромы нарушений памяти и интеллекта

Синдром Корсакова — разновидность амнестического синдрома. Основой его является невозможность запоминать текущие события (фиксационная амнезия) при более или менее сохранной памяти на прошлое. В связи с этим возникает нарушение ориентировки (так называемая амнестическая дезориентировка). В первую очередь это касается времени. Кроме того, имеется дезориентировка в месте и окружающей действительности. И еще один характерный симптом этого синдрома — парамнезии, главным образом в виде конфабуляций или псевдореминисценций, но могут наблюдаться и криптомнезии.

Больной 33 лет, переведенный в психиатрическую клинику (ввиду выраженных расстройств памяти) из хирургической, где он лечился по поводу травмы головы, охотно сообщает свое имя и фамилию, профессию, имена детей. В то же время не знает, где он сейчас находится, какое сегодня число, что он совсем недавно ел. Никак не может запомнить имени лечащего врача (несмотря на то, что каждый день спрашивает об этом), не помнит, где стоит его кровать. На вопрос, чем он вчера занимался, сообщает, что «пришлось срочно пересматривать один проект». В другой раз говорит: «Целый день занимался починкой мотоцикла, что-то он опять у меня забарахлил».

Органический (энцефалопатический, психоорганический) синдром состоит из триады Вальтер-Бюеля, включающей в себя:

1) эмоциональную лабильность, эмоциональное недержание; 2) расстройство памяти; 3) снижение интеллекта. Больные становятся беспомощными, с трудом ориентируются (прежде всего нарушается ориентировка во времени, так как постоянно приходится запоминать новые числа), сложно адаптируются к новой ситуации, плохо ее понимают. У них ослабляется воля, снижается работоспособность, они легко переходят от слез к улыбке и наоборот. Нередки варианты психопатоподобного поведения органического генеза.

Выделяют следующие варианты (стадии) психоорганического синдрома (Шнайдер К.): астенический, эксплозивный, эйфорический, апатический.

Органический (психоорганический, энцефалопатический) синдром может возникать при самых различных заболеваниях: при непосредственном поражении головного мозга (опухоли,

интракраниальные инфекции, травмы, сосудистая патология атеросклеротического, сифилитического и иного происхождения); при соматогениях (как следствие заболевания печени, почек, легких и т.д.); при алкоголизме, наркоманиях, токсикоманиях, отравлении теми или иными токсическими веществами; при заболеваниях, протекающих с атрофическими процессами в головном мозге (например, болезнь Альцгеймера, болезнь Пика и др.). Сопровождается самыми различными неврологическими расстройствами.

Психоорганический синдром, как правило, необратим, хотя и может дать некоторое обратное развитие при применении соответствующей терапии, в том числе ноотропными средствами.

Глава 7. РАССТРОЙСТВА МЫШЛЕНИЯ

Мышление — обобщенное отражение человеком предметов и явлений в их закономерных связях и отношениях. Основным элементом мышления является понятие — отражение в сознании человека наиболее общих и существенных свойств и качеств предметов и явлений в отличие от ощущений, восприятий и представлений, которые отражают либо отдельные конкретные свойства предметов и явлений (ощущения), либо эти конкретные явления и предметы в целом (восприятия), либо воспроизведение образов, воспринятых в прошлом (представления). Например, понятие «дом» отражает общие свойства самых различных построек разной архитектуры, величины, стиля, месторасположения, содержит смысл «собственного жилища» и т.д.

Одной из самых главных особенностей понятий является то, что они базируются не только на собственном опыте человека, но и включают в себя опыт предыдущих поколении, закрепленный с помощью языка. Именно поэтому овладение языком способствует усвоению всего багажа знаний, накопленных человечеством.

Мыслительные операции включают в себя анализ, синтез, сравнения и обобщения, абстракцию и конкретизацию с последующим переходом к образованию понятий.

Процесс ассоциации может нарушаться самым различным образом в зависимости от характера болезни, ее стадии, типа течения и исхода.

7.1. Клинические проявления

7.1.1. Расстройства ассоциативного процесса

Ускорение мышления выражается в ускоренном течении ассоциативных процессов; мысли очень быстро сменяют друг друга, их так много, что больные, несмотря на очень быструю («пулеметную»)) речь, все-таки не успевают их высказывать. Внешне такая речь больных может напоминать шизофазию (разорванную речь), однако если ее записать, например, на магнитофон, то потом можно найти в ней определенный смысл, чего нет при шизофазии.

Для патологически ускоренного течения ассоциативных процессов характерна также отвлекаемость: мышление больного становится поверхностным, склонным к моментальному переключению; все, что попадает в поле зрения такого больного, тут же привлекает его внимание, занимает его мысли, дает новое направление его идеям. Крайняя степень отвлекаемости выражается в «скачке идей» (fuga idearum), когда мысли больных, молниеносно сменяя друг друга, переключаются с одного предмета на другой так быстро, что уже трудно бывает уловить в них какой-нибудь общий смысл.

Может быть прерывистость ассоциаций (так называемые шпер-рунги; от нем. sperrung — загораживание, баррикадирование).

Замедление мышления характеризуется бедностью ассоциаций, ^медленным течением ассоциативного процесса, заторможенностью его. Больные с такими явлениями жалуются, что у них «часами не бывает в голове никаких мыслей», «ничего не приходит в юлову». На вопросы они обычно отвечают очень лаконично, односложно, иногда только словами «да» или «нет», часто после очень долгой паузы, когда у спрашивающего уже может создаться впечатление, что больной не расслышал или не понял вопроса. Сами больные в таком состоянии говорить не начинают, ни к кому ни за чем не обращаются.

Патологическая обстоятельность мышления заключается в чрезвычайной вязкости, тугоподвижности мыслительных процессов; больным очень трудно переключиться с одной темы на другую, они застревают на самых незначительных деталях, им все кажется важным, нужным — каждая мелочь, каждый штрих; они не могут выделить главного, основного, существенного.

Патологическая обстоятельность мышления характеризуется очень малой продуктивностью,

подчас же вообще непонятно, что больной хотел сказать, какой смысл имела его длинная витиева-[ая речь (лабиринтное мышление).
Персеверация мышления (лат. perseveratio — настойчивость, упорство) — патологическое застревание, задержка на одних и тех же представлениях, что клинически выражается в повторении (иногда очень длительном) одних и тех же фраз или слов. Чаще всего такие больные могут правильно ответить только на первый попрос врача, а затем уже однообразно повторяют тот же ответ или части его.
Больного, страдающего тяжелой формой церебрального атеросклеро-и, спрашивают, где он лечится Больной отвечает «В больнице имени Со-иовьева» — «Сколько времени вы здесь7» — «Больница Соловьева». — «Ваша специальность до болезни?» — «Больница Соловьева». - «Чем вы сего-шя занимались?» — «Больница Соловьева»
Вербигерация (от лат. verbum — слово + gero — веду, совершаю) — речевая стереотипия — бессмысленное, нередко ритмическое по-вгорение одних и тех же слов, реже — фраз или их обрывков.
Паралогичное мышление характеризуется отсутствием в мышлении логической связи; выводы, которые делает больной в таких случаях, не только не закономерны, но часто совершенно нелепы: «Я иболел шизофренией, потому что в детстве мало ел манной каши» или «Я хочу спать, а потому научите меня, пожалуйста, музыке».
Резонерство — склонность к пустым рассуждениям, когда, как творят, «очень много слов и мало мыслей». Такое мышление характеризуется бесплодностью, отсутствием конкретности, целе-

направленности: «Вы видите, как это важно, мне бы хотелось сказать и отметить, что это очень важно, важность значительная, это надо отметить, вы же не будете думать, что это не важно».
Разорванность мышления выражается в отсутствии связи между отдельными мыслями или даже отдельными словами. Речь такого больного может быть совершенно непонятной, лишенной всякого смысла, и поэтому ее нередко называют словесной окрошкой, словесным салатом.
Паралогичное мышление, резонерство и разорванность мышления наиболее характерны для шизофрении.
Бессвязность мышления (инкогерентность, инкогерентное мышление; лат. in — частица отрицания + coheerentia — сцепление, связь) характеризуется полной хаотичностью, бессмысленностью мышления, речь состоит из набора отдельных слов, никак: между собой не связанных: «Чудо-чудо... жили-были ... ах, как холодно ... день, пень, лень ... до свидания ...».
Инкогерентность внешне может напоминать то, что носит название разорванного мышления, но главное отличие состоит в том, что разорванное мышление возникает на фоне ясного сознания; инкогеренция же всегда является следствием помрачения сознания (обычно по типу аментивного синдрома, аменции).
Символическое мышление. Символика свойственна и нормальному мышлению тогда, когда она отражает общепринятые идеи, взгляды, связана с той или иной реальностью (например, симво-лика гербов, математических знаков, наконец, рисунков в виде сердца, пронзенного стрелой). При патологическом символизме (свойственном главным образом больным шизофренией) эта патология мышления сугубо индивидуальна и непонятна окружающим. Эта символика может касаться как отдельных слов, понятий, так и всего строя мышления в целом. Больной может воспринимать символически и речь окружающих.
Больной при беседе с врачом, пишущим его историю болезни, отвечал довольно адекватно до тех пор, пока врач не попросил его объяснить смысл поговорки «Куй железо, пока горячо». Больной, спокойно до того сидящий, вдруг вскочил и кинулся к окну. На вопрос, почему он так поступил, ответил: «Вы же сами сказали: «Куй железо* ... значит, «беги, пока не поздно».
Больные с символическим мышлением могут придавать особый смысл самым обыденным вещам («желтый цвет обоев — значит, здесь живут ненадежные, склонные к изменам люди»; слова «хороший аппетит» говорят о том, что этот человек «сживет со света всех ему неугодных».
При выраженных изменениях мышления речь больных может состоять из одних им понятных символов, в том числе и неологизмов (употребление новых, ни на что не похожих словообразова-

ний; больной при выражении удовольствия говорит «блюм-Олям», а при недовольстве чем-то — «пури-прури»).
Наглядным примером символического мышления могут быть рисунки, стихи и вообще любое

творчество больных. Метерлинк — очень талантливый человек, к сожалению, страдавший шизофренией, вывел в своей широко известной пьесе-сказке образ Синей птицы, ставшей затем для всех людей символом недосягаемого, призрачного счастья.

7.1.2. Сверхценные идеи

Патология мышления может выражаться в таком феномене, как сверхценные идеи — гиперквантивалентные идеи (от лат. hyper — над, сверх + лат. quantum — сколько + valenti — сила) — мысли, возникающие в связи с какими-то действительными фактами или событиями, но приобретающие для человека особую значимость, определяющие все его поведение. Характеризуются большой шоциональной насыщенностью, выраженным эмоциональным подкреплением. Например, человек, действительно пишущий С1ихи и, может быть, удостоившийся за это когда-то похвалы, начинает думать, что он необыкновенный, чрезвычайно талантли-вый, гениальный поэт, и вести себя соответствующим образом. Непризнание же его окружающими он расценивает как происки недоброжелателей, зависть, непонимание и в этом своем убеждении уже не считается ни с какими реальными фактами.

Такие сверхценные идеи собственной исключительности могут возникать и по поводу других чрезвычайно переоцениваемых способностей: музыкальных, вокальных, писательских. Может переоцениваться и собственная склонность к научной деятельности, изобрета-юльству, реформаторству. Возможны сверхценные идеи физического недостатка, недоброжелательного отношения, сутяжничества.

Человек, имеющий небольшой косметический недостаток, например слегка оттопыренные уши, считает, что это — трагедия всей а о жизни, что окружающие к нему из-за этого плохо относятся, что псе его неудачи связаны только с этим «уродством». Или человека к го-то действительно обидел, и он после этого ни о чем другом уже не может думать, все его помыслы, все его внимание направлены юлько на это, он уже и в самых безобидных действиях видит только одно — желание ущемить его интересы, вновь задеть его. То же может касаться и сутяжничества (кверулянства — от лат. querulus — жалующийся) — склонности к бесконечным жалобам, рассылаемым во всевозможные инстанции, причем число этих инстанций все возрастает, так как в конечном итоге каждая инстанция (например, |азета, суд и т.д.), куда вначале жаловался такой сутяга, не признавшая его «правоты», сама становится объектом очередной жалобы.

Сверхценные идеи особенно характерны для психопатических личностей.

7.1.3. Бредовые идеи

Наиболее качественно выраженным расстройством мышления является бред.

Бредовые идеи (бред) — неправильные умозаключения, ошибочные суждения, ложная убежденность, не соответствующие действительности. От обычных человеческих заблуждений бред отличается следующим: 1) он всегда возникает на болезненной основе, это всегда симптом болезни; 2) человек полностью убежден в достоверности своих ошибочных идей; 3) бред не поддается никакой коррекции, никакому разубеждению со стороны; 4) бредовые убеждения имеют для больного чрезвычайную значимость, так или иначе они влияют на его поведение, определяют его поступки. Просто заблуждающийся человек при настойчивом разубеждении может отказаться от своих заблуждений. Никакими фактическими доказательствами бредового больного разубедить не удастся.

По клиническому содержанию (по теме бреда) все бредовые идеи с известной долей схематизма можно разделить на три большие группы: 1) бредовые идеи преследования; 2) бредовые идеи величия; 3) бредовые идеи самоуничижения (депрессивный бред).

7.1.3.1. Бредовые идеи преследования

Бред отношения заключается в патологическом убеждении человека, что все имеет к нему отношение: окружающие смеются над ним, перемигиваются по его адресу, он вызывает их насмешливое или даже брезгливое к себе отношение. Такие больные перестают посещать общественные места, пользоваться общественным транспортом, ходить в театр или на лекции, так как убеждены, что стоит им только появиться, как все тут же замечают их, насмешливо улыбаются, как-то подозрительно смотрят, плохо говорят о них. Разновидностью бреда отношения является бред особого смысла (особого значения). При этом самым обычным вещам больные придают особое значение, видят в них особый для себя смысл.

Больная, увидев на столе журнал с фотографией тигра в клетке, убежденно заявляет. «Все понятно. Специально положили эту картинку, чтоб подсказать, что скоро переправят меня в тюрьму». Другой больной, увидев на одной из студенток желтую кофточку, со злобой стал

кричать преподавателю. «А, я знаю, вы нарочно привели ее сюда, чтоб всем студентам стало известно о моей импотенции, вы же знаете, что желтый цвет об этом сигнализирует»
Сенситивный (от лат. sensibilis — чувствительный) бред отношения формируется на основе таких особенностей личности, как застенчивость, впечатлительность, ранимость, мнительность.
Бред отравления заключается в болезненной убежденности человека в том, что его хотят отравить, поэтому он отказывается от еды («постоянно яд в пищу подсыпают»), не принимает лекарств («под видом лечения отравить хотят»), не покупает расфасованных продуктов («я же знаю, что мне дадут бутылку с отравленным молоком»).

Бред воздействия может иметь много различных вариантов: больной убежден, что на него на расстоянии воздействуют гипно-юм, электричеством, атомной энергией, влияя таким образом на сі о мышление, поступки, вызывая у него сексуальное возбуждение.
Больной сообщает: «Существует преступная группа, которая с помощью особых аппаратов постоянно держит меня под лазерными лучами. Они воруют мои мысли, жгут мои внутренности, создают мне плохое настроение».
Бред преследования в собственном смысле означает патологическую убежденное^ в гом, чго «преследователи» находятся в непосредственном окружении больного, ходят за ним по улице, подстерегают его под окнами дома, под видом больных проникают вслед за ним в клинику: «Я постоянно чувствую за собой слежку, за мной по пятам идут какие-то подозрительные личности в кепках, куда ни пойду, всюду они меня подстерегают, убить хотят».
Бред материального ущерба характеризуется ложной убежденностью в том, что окружающие постоянно обворовывают больно-ю, крадут его вещи и деньги, носят его одежду, получают за него по зарплату или пенсию, портят его имущество, морят его голо-юм: «Вот так и сплю в шапке и валенках, только сними — тут же украдут, уже очки украли, все книги растащили, даже кофейник унесли». Бред материальною ущерба наиболее типичен для психозов старческого возраста.
Бред порчи, бред околдования. У больного человека появляется убежденность в том, что он стал жертвой колдовства, «его испор-1или заговором», «дали выпить какого-то зелья и он теперь стал совсем немощным», «от него осталась одна только тень», его «сглазили дурные глаза». Такой бред не следует смешивать с суе- species, когда подобные идеи носят характер простого заблуждения и не являются следствием болезни.
Бред обвинения, состоит в болезненном убеждении, что окружающие обвиняют человека в каких-то неблаговидных поступках, считают вором, насильником, клеветником, а он «никак не может доказать свою невиновность», ему «все равно не верят», а иногда даже и специально «подстраивают факты». Так, больная по целым дням не встает с постели, поскольку убеждена, что даже при отлучках в туалет ей «подсунут в постель чужую вещь и всем уже будет доказано, что она — воровка». Или больной без конца обращается к окружающим со словами: «Я никогда не писал анонимок, умоляю вас, поверьте мне, я никогда не был пасквилян-юм, ну почему мне никто не верит!» Этот бред наиболее типичен для пресенильных психозов.
Бред ревности — больной или больная немотивированно ревнуют жену или мужа, без всякого повода убеждены в супружеской

неверности, они в самых невинных вещах видят «неоспоримые доказательства» своей правоты. Больной сообщает' «Жена каждое утро выходит на балкон, чтобы полить цветы, а на самом деле сигнализирует этим любовнику, ко!да меня не будет дома» Или. «Коврик у дверей сдвинут в сторону, ясно, что без меня здесь был кто-то чужой, ведь и я, и жена очень аккуратны»
Бред ревности может встречаться при различных заболеваниях, в частности при алкоголизме.

7.1.3.2. Бредовые идеи величия

Бред изобретательства выражается в том, что больной убежден, что он сделал выдающееся открытие, изобрел вечный двигатель, открыл причину рака, нашел средство для максимального продления человеческой жизни, изобрел «эликсир вечной молодости», «средство для усовершенствования человеческой породы». Близок к этому бреду и бред реформаторства, когда больной убежден, что «открыл идею преобразования мира» и совершит «гениальную реформу».
Бред высокого происхождения заключается в убежденности больного, что он сын всемирно известного писателя, кинозвезды, «последний отпрыск дома Романовых» и т.д., а «те, кто считается сейчас родителями, всего лишь воспитатели», «подставные лица», «родители в условном смысле».

Бред богатства заключается в убежденности больного, что он «владелец несметных сокровищ», «обладает всеми золотыми запасами на земле», «ему ничего не стоит подарить каждому студенту по золотой шубе», у него «дом в миллион комнат».
Любовный, эротический (сексуальный) бред заключается в том, что больной или больная твердо убеждены в необыкновенно сильной любви к ним какого-то человека, возможно, даже и незнакомого, который «безумно любит на расстоянии». Такие больные настойчиво добиваются встречи с «возлюбленным» или «любимой», буквально преследуют их, все поведение окружающих и особенно «предмета любви», по их мнению, подтверждает правильность их мысли: «Он делает вид, что мы незнакомы, потому что оберегает меня от нападок своей нелюбимой жены», «Она специально надела красное платье, чтобы показать, как сильна ее любовь ко мне», «Он специально женился, чтобы не бросить тень на мою репутацию».
Нелепый бред величия (грандиозных размеров) — так называемый мегаломанический (от греч. megas — большой) («все дети на земле родились от него», «все книги, какие в мире есть, написал я, но только под разными именами», «я один могу сразу съесть десять быков») характерен для прогрессивного паралича.

7.1.3.3. Бредовые идеи самоуничижения (депрессивный бред)

Бред самоуничижения, самообвинения, виновности, греховности — несьма близкие по клиническому содержанию патологические идеи
0 своих мнимых ошибках, несуществующих грехах, несовершенных преступлениях («в жизни не сделано ничего хорошего», «я никуда не годный человек», «вся моя жизнь — сплошная цепь ошибок и преступлений»). Такие больные очень часто убеждены, что своими ошибками и поступками они погубили не только свою жизнь, но и жизнь своих близких, что они «всем в 1ягость», «обьедаюг окружающих», «не имеют никакого права даже на кусок черствою хлеба». Лля них характерно также ожидание наказания, убежденноеib в его необходимости или неизбежности («я — чудовище, не понимаю как меня земля держит», «нет такой кары, которая бы соответствовала моим проступкам»). Подобные бредовые идеи особенно характерны для больных с пресенильными психозами.
Ипохондрический бред выражается в ошибочных умозаключениях по поводу состояния собственного ор1анизма, болезненной убежденности в наличии заболевания (рак, сифилис, СПИД, «воспаление всех внутренностей», нарушение обмена веществ), поражения всего организма или отдельных частей тела («кровь сгустилась, в сердце какие-то тяжи и пробки, скоро уже придет полный конец», «весь мочевой пузырь поражен, моча даже не идет»). Ино-
1 да больные утверждают, что они уже не существуют, у них нет желудка, нет кишечника («доктор, как я могу есть, когда у меня уже пет желудка, да и кишечник весь сгнил», «сердце перестало рабо-|ать, печень исчезла», «почки насквозь прогнили»). Такая разновидность ипохондрического бреда носит название бреда отрицания или нигилистического бреда (от лат. nihily — ничего).
Реже такое бредовое отрицание касается не собсгвенною ор-ынизма, а внешнего мира: «все погибло», «солнце погасло», «земля провалилась», «мир куда-то исчез» (подобный бред 1ак и называется — бред гибели мира).
У одного и того же больного может быть либо одна бредовая идея, либо сразу несколько (например, одновременно существование бреда величия и преследования). Кроме того, один вид бре-ювых идеи может переходить в другой (так называемая трансформация бреда).
Больная, прежде спокойная и жизнерадостная, с 18-летнего возраста с гала все более замкнутой, избегала общественных мест, уединялась, плака-ia. Через некоторое время «под строгим секретом» сообщила матери, что стоит ей где-нибудь появиться, как все тут же обращают внимание на нее, смеются над ней, считают ее дурочкой Через некоторое время начала отка-пываться от еды, говорила, что ее хотят отравить, чтобы она «не мозолила нсем глаза своим дурацким видом» С трудом удавалось ее накормить, час-ю, уже взяв пищу в рот, тайком старалась ее выплюнуть. Активно лечилась

и в течение нескольких лет была практически здоровой, работала В возрасте 45—46 лет обнаруживала большую тревогу по поводу своего здоровья, сообщала мужу, что «внутри у нее что-то переворачивается», «от подъема тяжесги связки оборвались» Все чаще и чаще обращалась к врачам различных специальностей, просила «проверить ее организм» не верила, когда ее находили здоровой Все более угверждалась в мнении, что у нее тяжелая, неизлечимая болезнь, а врачи «просто не понимают или не хотят расстраивать» Становилась все более

подавленной, ничем не могла заниматься, почти все время лежала в постели («конец уже виден», «жить осталось несколько дней» «живу только одним сердцем, а все остальное уже плохо ра ботает») С течением времени все более отчетливо выявлялся бред отрицания «Все органы огвалились, желудок высох, совсем не работает, мочевой пузырь исглел, все нервы атрофировались, кишечник прирос к позвоночнику» Упорно отказывалась от еды «Желудка не г, стула уже два месяца не было, печени нет, пиша сразу поступает в мышцы, они уже тоже гниют»

7.1.3.4. Индуцированное бредовое расстройство

Индуцированный бред] заключается в том, что близкий больному человек начинает разделять его бредовые идеи Такое «прививание» болезненных взглядов бывает обычно при следующих условиях I) тесное совместное проживание, постоянный контакт с душевнобольным, 2) заболевший всегда пользовался большим авторитетом, безграничным доверием и сильной привязанностью, был умнее и образованнее того, кто стал в конце концов разделять его бредовые идеи, наличие у индуцируемого таких особенностей, как внушаемость, ог-раниченность, а в ряде случаев даже дебильность, 3) медленное развитие и некоторое правдоподобие бредовых идей у «индуктора»

По своему содержанию индуцированный бред может быть любого содержания (любовный, величия и т.д.), но чаще всего это бред преследования

Индуцированный бред встречается нечасто и обычно непрочен, он быстро и бесследно исчезает при разъединении с больным человеком

Изредка индуцированный бред возникает не у одного, а у нескольких человек Этот факт был одной из причин широко распространенных (особенно в средние века) так называемых психи-ческих эпидемий

Индуцированный бред называют также подражательным помешательством, или помешательством из подражания (Яковенко В.И.)

7.1.3.5. Конформный бред

Конформный бред — одинаковые по содержанию бредовые идеи, возникающие у двух близких между собой психически больных (например, матери и дочери)

1 Наряду с этим термином часто использугтся французский термин «fohe a deux»

7.1.3.6. Особенности формирования бредовых идей

Независимо от клинического содержания все бредовые идеи делятся на две основные разновидности первичный бред и бред чувственный (образный)

Первичный бред. Этот бред возникает вследствие нарушения ло-шческого познания, патологической интерпретации действительности, при этом чувственное познание практически не нарушается

При построении первичного бреда, основанного на субъек-1ивнои логике, больной опирается на реальные факты и события, но трактует их очень избирательно, берется только то, что под-крепляет и способствует дальнейшему развитию бреда, в то время как все контрфакты игнорируются и отбрасываются

Первичный бред (называемый также интерпретативным, или (истематизированным) очень стоек и является системой последовательных построении, все более расширяющейся, усложняющейся и детализирующейся

Примером первичного бреда может быть бред реформаторст-нл, любовный, изобретательства и тд

Больная 42 лет, журналистка Несколько лет назад брала интервью в одной семье и обратила внимание на то, что ребенок не похож ни на одного из родителей С этого времени стала много думать о наследствен но-ии, читала соответствующую литературу Постепенно пришла к мысли, чю и она не очень похожа на своих родителей Начала «усиленно заниматься генеалогией в целом и своей собственной в частности», «находила очень много интересных фактов», размышляла над ними Однажды, прочитав о том, что во время расстрела семьи Романовых одна из дочерей якобы спас iacb (хотя все остальные данные говорили, что погибли все), t мла верить именно этой версии Вновь «перерыла гору книг и статей», постоянно думала об этом путем сопоставления разных фактов пришла к убеждению, что она — наследница этой великой княжны Приводила мно-i ие «доказательства» этого, не слушала никаких разубеждении

Как следует из приведенной иллюстрации, для больных с первичным бредом характерно то, что они довольно долго сохраняют внешне правильное поведение и трудоспособность и какое-то время этот вред не сопровождается другими психическими расстройствами

Первичный бред может касаться и прошлого больного (так на-(ываемая бредовая ретроспекция) Например, больной, давно похоронивший любимую жену, постепенно «путем постоянного сопос-1авления разных фактов и анализируя их» пришел к выводу, что же-i ia была ему неверна, «развратничала и изменяла с моим же другом». Сформировавшийся бред ревности1 был у больного очень стоек и имел яркую тенденцию к прогрессированию за счет «припоминания и сопоставления» все новых фактов «неверности» жены

' Впервые бред ревности как интерпретативный хронический бред был описан французскими психиатрами Серье и Капгра в 1909 г

Чувственный (образный) бред. Этот бред возникает при нарушении преимущественно чувственного познания. В его структуре превалируют яркие образные представления в виде воображения, различных фантазии, вымыслов, грез.

В отличие от первичного бреда, который какое-то время может быть единственным психопатологическим образованием, чувственный бред сразу же возникает в сопровождении ряда иных расстройств в виде галлюцинаций, страха, тревоги, психомоторного возбуждения и т.д.

Чувственный образный бред чаще всего (также в отличие от длительно, хронически существующего первичного бреда) возникает остро, как какой-то этап развития болезни, что, однако, не исключает возможности его протрагированного варианта (Снеж-невский А.В.). Чувственный бред обычно нестоек, фабула его изменчива, но в то же время яркая, образная. Нередки такие симптомы (помимо очень типичных эмоциональных нарушений, главным образом в виде тревожного напряжения, страхов или, наоборот, экстаза, восторга), как бредовое восприятие, бредовая ориентировка, симптом инсценировки, симптом ложного узнавания, симп-том положительного и отрицательного двойника.

Эти расстройства, часто сопутствующие друг другу или перемежающиеся, заключаются в том, что все окружающее имеет для больного какой-то особый, чаще угрожающий или даже злове-щий смысл (хотя иногда это может быть и что-то приятное), больной не в больнице, а в тюрьме, театре, в какой-то другой стране; люди вокруг специально для больного что-то разыгрывают, представляют, «инсценируют»; больной «узнает» во враче подругу своей матери, в одной из студенток — когда-то отвергнувшую его девушку и т.д. Чужие люди «подстраиваются» под родных и близких, например незнакомый больному человек воспринимается как «принявший облик» его деда {симптом положительного двойника), а родные и близкие кажутся чужими, но подстраивающимися под родных и знакомых, например пришедшую на свидание мать больной воспринимает как чужую женщину, лишь загримированную под мать {симптом отрицательного двойника). Чувственный бред имеет различное по своей клинической фабуле содержание (бред преследования, бред особого смысла, особого значения, бред величия). Одним из проявлений чувственного бреда может быть фантастический бред.

Больная 19 лет, студентка. Заболела остро, психотическое состояние развилось в течение недели. Была растерянной, подавленной, тревожно озиралась по сторонам, имела двойную ориентировку, она в больнице и в то же время в театре, где идет представление. Говорила, что она стала «центром мировых событий», от нее зависит «все на свете», «звезды могут изменить свое расположение», «все из-за нее могут погибнуть» Временами вскакива-

ла с кровати, принимала горделивую позу и восклицала: «Я — центр мирового кино», «Я — Аэлита 2-я». Затем снова становилась тревожной и беспокойной, высказывала идеи отрицательного величия: «Я убийца всей цивилизации», «Все мне намекают, что я убийца мировой цивили зации».

Близок к фантастическому бреду и экспансивный бред — еще одна разновидность чувственного бреда, это «как бы бесконечное фантазирование вслух» (Снежневскии А.В.).

Больной 34 лет, техник, высказывает идеи величия фашастического, экспансивного характера Входит и садится с горделивым видом, настроение повышенное Сообщает, что он сын «великого изобретателя» и сам «величайший из людей». Его мать — одна из самых и шестных в мире женщин Он обладатель несметных богатств, которые «и сосчитать трудно», у него «масса домов и вилл в различных городах и странах», он «разведчик самого отдаленного космоса», его мозг «может перестроить вселенную». Приходящим к нему для курации студентам каждый раз сообщал какие-то новые подробности своего величия, что он «1лавный резидент всех разведок», «без участия его мысли не будет прогресса», он «обладатель бесчисленного числа наград» и т.д.

7.1.3.7. Основные бредовые синдромы

Паранойяльный синдром. Этот синдром характеризуется постепенным формированием систематизированного бреда, особенно на первых порах эмоционально насыщенного и до какой-то степени правдоподобного, лишенного явных нелепостей. При этом бреде не бывает галлюцинаций (ни истинных, ни псевдогаллюцинаций). В ряде случаев рассматриваемый вид бреда может формироваться на основе сверхценной идеи. По содержанию это чаще всего бред изобретательства, ревности, физического недостатка, любовный, сутяжный. Как правило, он очень стоек.

Переводчик, долгие годы специализировавшийся в области технических переводов, с течением времени пришел к убеждению, что все это «ерунда», что «техника не будет совершенной до тех пор, пока не будет совершенной человеческая порода», и стал разрабатывать научную основу этого усовершенствования. Занимался этим несколько лет, настойчиво посещал ученых медиков и биологов, предлагая им «претворить его открытия в жизнь». Всюду ходил с толстой папкой, полной справок, вырезок из газет и журналов, главным образом популярных Предлагал создать такой научно-исследовательский институт, «где бы все сотрудники вели эксперименты на себе» и «путем перекрестного скрещивания добивались получения наилучшего потомства» Признаков слабоумия не обнаруживал, с собеседниками был вежлив и корректен, но никаким разубеждениям не поддавался и был непоколебимо убежден в своей правоте Несогласие же с ним (в том числе и крупных ученых) объяснял тем, что «все это слишком ново» и «не всем дано смотреть далеко вперед», а в дальнейшем и тем, что «завистники ему мешают»).

Галлюцинаторно-параноидный синдром. Этот синдром включает в себя бредовые идеи и галлюцинации. Одной из разновидностей этого синдрома является синдром Кандинского—Клерамбо (синдром психического автоматизма). Это галлюцинаторно-парано-

идный синдром, состоящий из псевдогаллюцинаций, бредовых идей воздействия (психического, физического, гипнотического — разновидность бреда преследования) и явлений психического автоматизма Последние выражаются в чувстве неестественности, отчужденности, «сделанности» собственных движении, поступков, собственною мышления «Я сам себе не принадлежу», «Я как автомат, управляемый со стороны», «Эта группа бандитов отнимает лучами мои собственные мысли, а вместо них вкладывает в голову какую-то белиберду», «Вы думаете, это моя улыбка9 Нет, мне ее сделали, а мне совсем и не весело», «Моими ногами управляют, я совсем не собирался идти в ту сторону»

Все симптомы, составляющие синдром Кандинского—Кле-рамбо, тесно между собой связаны, псевдогаллюцинации сопровождаются чувством сделанности, те связаны с бредом воздействия, с ним же связаны и явления психического автоматизма, а также такие входящие в состав синдрома нарушения, как «чувство овладения» (больным «овладели», он «не принадлежит себе») и так называемый синдром внутренней открытости Последний, обычно очень тягостный для больных, заключается в убеждении, что все помыслы человека, в том числе и самые интимные, сейчас же становятся известны всем окружающим Нередки и такие симптомы, как «эхо мыслей», «громкое звучание мыслей» (как только человек о чем-либо подумает, тут же слышит звучание этих мыслей и уверен, что все окружающие это обязательно слышат)

Больной сообщает, что вот уже несколько лет он находится под постоянным воздействием каких-то аппаратов, направляющих на него «лучи атомной энергии» Полагает, что это воздействие исходит от каких-то ученых, ставящих эксперимент «Они выбрали меня, потому что у меня всегда было богатырское здоровье» «Экспериментаторы отнимают его мысли», «показывают ему какие-то образцы», которые он видит внутри головы, в голове же «звучит голос — тоже их работа» Внезапно во время беседы больной начинает гримасничать, кривить рот, подергивать щекой На вопрос, зачем он это делает, отвечает «Это вовсе не я, это они лучами жгут, направляют их на разные органы и ткани» «Вот вначале подействовали на musculus orbilans ons, а вот уже и лицевой нерв прожгли» (Больной по специальности врач и до заболевания был хирургом, затем преподавателем анатомии) Жаловался также что «эти ученые изуверы» воздействуют и на его внутренние органы — «прижигают гениталии», «мочу задерживают», «на проводящую систему сердца воздействуют», «в голове жар вызывают»

Выделяют две разновидности синдрома Кандинского—Кле-рамбо 1) с преобладанием псевдогаллюцинаторных расстройств (превалирование патологии образных чувственных представлений), 2) с преобладанием бреда воздействия (превалирование патологии сферы мышления)

Синдром Кандинского—Клерамбо наиболее характерен для шизофрении, хотя может иметь психогенную или экзогенно-орга-

ническую природу В таких случаях он чаше всего фрагментарен, менее стоек, синдромально незавершен

Парафренный (парафренический) синдром. Этот синдром состоит из систематизированного бреда преследования и величия (обычно фантастического характера), а также явлении психического автоматизма и псевдогаллюцинации Нередко сочетается с повышенным настроением

Больная, мною лет высказывающая бредовые идеи физического воздействия (существует специальная организация, которая какими-го сверхмощными аппаратами воздеиывуе! па нее, на ее психику, отдает ей мысленные приказы, жжет ее гсло), стала говорить, что у нее с «этой ор-1анизациеи установилась двусюронняя связь» Заявляла, что она теперь тоже может воздействовать на окружающих, «передавать им свои мысли, сплошь такие гениальные» Уверяла, что «этими передачами» способе жует мировому прогрессу, влияет на ход истории, помогает жорить художникам и композиторам, что ее мысли приводят в действие «особые секретные аппараты, трансформирующие солнечную энергию» Настроение приподнятое, благодушна, хотя иногда, главным образом при виде родственников, становится злобной

Синдром Котара. Этот синдром чаще всего состоит из сочетания тяжелой депрессии и бреда отрицания [см 7 2 3 3 (ипохондрический бред)] Однако в состав этого синдрома могут входить и такие бредовые идеи, как бред гибели мира, бред мучительного бессмертия и бред отрицательного величия (бред злого могущества) Бред мучительного бессмертия заключается в убежденности, что больной никогда не умрет, вечно будет жить и вечно мучиться Бред отрицательного величия, или злого могущества, характеризуется стойкой убежденностью, что уже само существование больного приносит всем окружающим, а то и всему миру, огромный вред, непоправимый ущерб Например, больной упорно отказывается от еды, ибо «я и так уже объел весь мир, скоро все люди с голоду погибнут», дру1ая больная уверяет, что ее дыхание «зловонное и мерзкое» и может погубить на земле все живое

Больная 60 лет, очень депрессивная, упорно отказывается от еды, объясняя это тем, что «пищеварительного тракта уже нет», «он полностью сгнил», «пища может попасть только в легкие», «мышцы тоже все высохли» «На веки вечные останусь таким живым трупом», «буду только мучиться», «постоянно думаю, как было бы справедливо, если бы я умерла, да ведь смерть меня не возьмет» Умоляет врачей помочь ей в этом, договориться, чтобы «сожгли в атомном реакторе, может быть, хотя бы эта сила меня убьет а то ведь так и буду вечно гнить заживо»

Синдром дисморфомании — дисморфофобии. Этот синдром характеризуется обычно триадой (Коркина МВ), состоящий 1) из идей физического недостатка («ноги такие уродливые», «нос, как у Буратино», «уши, как лопухи» и тд), 2) бреда отношения («все смотрят и смеются», «кому приятно смотреть на урода», «люди на

улице пальцем показывают»), 3) пониженного настроения, иногда вплоть до тяжелой депрессии с мыслями о самоубийстве

Сама идея физического недостатка чаще всего является бредом паранойяльного типа (когда мысли об уродстве касаются совершенно правильной части лица или тела), реже — сверхценной идеей (в этом случае небольшой дефект, например несколько искривленные ноги, воспринимается как «потрясающее уродство», «позор») Больным с идеями физического недостатка чрезвычайно свойственно стремление к «исправлению», «коррекции» тем или иным путем своего мнимого или резко переоцениваемого физического недостатка Особенно активно они посещают хирургов, добиваясь непоказанной им косметической операции

Значительно реже мысли о том или ином физическом дефекте носят характер навязчивых образований Поэтому более правомерно в большинстве наблюдении говорить не о дисморфофобии (от греч dys — приставка, означающая расстройство + morphe — форма) — навязчивом страхе по поводу неправильной формы той или иной части тела (хотя такие наблюдения тоже имеются), а о дисморфомании (от греч mania — безумие, страсть, влечение)

Больной 20 лет твердо убежден, что у него «ужасно уродливый нос», имея в виду маленькую горбинку Убежден, что стоит ему где-нибудь появиться, как все тотчас начинают его разглядывать и смеяться над ним Поэтому выходит из дома только в темноте, да и то старается ходить по темным безлюдным улицам Если же возникает крайняя необходимость выйти днем, то заклеивает нос пластырем или вызывает сильный ею отек, сажая на область переносицы пчел В 1аком виде чувствует себя более спокойно и может даже появляться в общественных местах «Хотя нос и раздулся зато все видят, что это просто отек от укуса пчелы, а уродства не видно» Очень подавлен, плачет, думает о самоубийстве Многократно обращался к хирургам-

косметологам с просьбой «убрать это безобразие», «освободить от уродства» В действительности же, по определению косметологов, у больного очень правтьное красивое лицо, в том числе и нос)
Бредовые синдромы не являются чем-то постоянным и неизменным, одна их форма может переходить в другую Так, в частности, паранойяльный синдром может сменяться синдромом Кандинского—Клерамбо, а тот в свою очередь парафренным, что нередко и бывает при параноидной шизофрении
Школьник 16 лет до этого живой и общительный, стал все чаще уединяться, избегая прежде всего общественных мест Нередко, особенно если полагал что за ним никто не наблюдает рассматривал свое лицо в зеркале Часто плакал Рассказывал близким, что его подавленное состояние связано с «ужасным уродством нижней челюсти», «непомерно большой и широкой» Упрашивал хирургов сделать ему косметическую операцию, никак не реагировал на их заверения, что челюсть у него самая обычная, что абсочютно никаких дефектов в ее строении нет Через несколько лет «стал замечать, что между ним и окружающими существует какая-то мысленная связь», что у него «особая работа мозга», «способность к передаче мыслей на расстоянии» Уверял, что эта передача «может осуществляться непосредственно через череп» либо «через сетчатку в мозг, так экономнее» Это «воздействие извне» способно не только передавать мысли, но и оказывать различные другие действия например вызывать покраснение

1 1аз, их «просветление», слезотечение и тд Кроме тою этой «передачей» можно «наводить прямо в голову различные зрительные образы», «видно в голове, как в туманном зеркале» О челюсти к этому времени почти не вспоминал и бредовых идеи отношения в _>го время также не высказывал (трансформация паранойяльного синдрома в синдром Кандинского—Клерамбо) Спустя еще несколько лет можно было наблюдать трансформацию и синдрома Кандинского—Клерамбо он постепенно сменился парафренным синдромом В этот период больной уверял, что «мысленную связь он установил и с другими планетами слышит голоса и звуки с других планег из других миров» Требовал связать его с учеными-физиками, так как он «открыл величайший закон», «такого еще никогда ни с кем не было», он обладает «особым магнетизмом», «может вырабом1ь cucie-му улучшения жизни во всей Вселенной» (фантам ическии бред величия)

7.1.4. Навязчивые состояния

Навязчивые состояния (обсессии) — это такого рода переживания, когда у человека помимо его воли возникают («навязываются») какие-то мысли, страхи, влечения, сомнения, действия Несмогря на критическое отношение к подобным явлениям, избавиться от них человек не может Навязчивые состояния (навязчивости) не обяза-1ельно симптом болезни, они могут встречаться и у здоровых людей
Выделяют отвлеченные навязчивости и образные, сопровождающиеся эмоциональными переживаниями тревогой, страхом, эмоциональным напряжением
Отвлеченные навязчивости: навязчивые мысли (умственная жвачка), навязчивый счет, навязчивые воспоминания ненужных событий, деталей, навязчивые действия
Навязчивые мысли (навязчивые идеи) заключаются в появлении совершенно ненужных мыслей (умственная жвачка, мысли-пара-$иты), например о том, почему у человека две ноги, а у лошади че-ibipe, почему у людей носы разной формы, что было бы, если бы солнце взошло на западе, а не на востоке Понимая всю нелепость [аких мыслей, относясь к ним с полной критикой, человек тем не менее избавиться от них не в силах
Навязчивый счет заключается в непреодолимом стремлении считать все, что попадается на пути окна в домах, перекладины в заборе, пуговицы на пальто соседа, шаги на том или ином расстоянии Подобные навязчивости могут также выражаться и в стрем-1ении к более сложным действиям, например в сложении цифр, составляющих номер того или иного телефона, в умножении отдельных цифр номеров машин, в подсчитывании общего числа всех букв на странице книги
Навязчивые действия характеризуются непроизвольным выполнением движений, чаще всего совершаемых автоматически человек во время разговора крутит в руках кусок бумаги, ломает спички, чертит карандашом фигуры, накручивает на палец прядь волос, без всякого смысла переставляет предметы на столе, во время чтения грызет ногти, дергает себя за ухо Сюда же относятся и такие действия и движения, как шмыгание носом, прищелкивание пальцами, покусывание губ, постоянное одергивание пиджака, непроизвольное потирание рук и др В отличие от мае-

сы других навязчивостей эти движения и действия совершаются автоматически, выполнение их не сопровождается никакими неприятными чувствами, их просто не замечают. Более того, человек усилием воли может их задержать, помня о них, может их не совершать, но стоит ему чем-то отвлечься, как он снова начинает непроизвольно крутить в руках карандаш, перебирать лежащие перед ним на столе предметы.

Образные навязчивости: различные фобии, овладевающие представления, навязчивые сомнения, контрастные мысли.

Навязчивые сомнения, сопровождаемые обычно неприятным, тягостным чувством, выражаются в постоянных сомнениях по поводу того, правильно ли человек сделал то или иное дело, закончил ли его. Так, врач, выписавший больному рецепт, потом бесконечно сомневается, не сделал ли он ошибки в дозе; машинистка много раз перечитывает напечатанный текст и, не находя ошибки, тем не менее вновь испытывает сомнения; преподаватель литературы постоянно сомневается, правильно ли он назвал ученикам имена литературных героев, не стал ли он из-за ошибки посмешищем всего класса. Наиболее частый вид данного рода навязчивости — мучительные сомнения: выключил ли человек перед уходом газ, погасил ли свет, запер ли дверь. Нередко страдающий такими навязчивыми сомнениями по несколько раз возвращается домой, чтобы проверить, допустим, закрыл ли он дверь, но стоит ему отойти, как он вновь начинает беспокоиться, завершил ли он это действие, не забыл ли повернуть ключ, вынуть его из замка.

Навязчивые воспоминания характеризуются непроизвольным появлением ярких воспоминаний обычно чего-то очень для человека неприятного, юго, что он хотел бы забыть: например, навязчиво вспоминается какой-то тягостный для больного разговор, все детали смешного положения, в которое он когда-то попал, обстановка экзамена, на котором он с позором провалился, где ему было так стыдно.

Навязчивые страхи — фобии^ (от греч. phobos — страх). Очень мучительны переживания страха, вызываемого самыми различными предметами и явлениями: боязнь высоты, широких площадей или, наоборот, узких улиц, страх совершить что-то неприличное, преступное или недозволенное (например, страх убить своего единственного, горячо любимого ребенка, страх не удержать в общественном месте кишечные газы, страх громко кричать в обстановке торжественной тишины, во время концерта), страх быть пораженным молнией, утонуть, попасть под машину, страх перед подземными переходами, перед спуском по эскалатору метро, страх покраснеть в общественном месте, особенно во время щекотливого разговора, когда все могут подумать, что у больного «не совсем чистая совесть», страх загрязнения, страх перед острыми, колющими и ре-

1 Фобии, так же как и навязчивые влечения, нельзя отнести целиком к расстройствам мышления При фобиях наряду с навязчивой мыслью присутствует такое выраженное эмоциональное расстройство, как страх

жущими предметами. Особую группу составляют нозофобии — навязчивые страхи заболеть тем или иным заболеванием (кардиофобия, сифилофобия, канцерофобия) или даже умереть от этой болезни либо от каких-то других причин (страх смерти — танатофо-бия; от греч. thanatos — смерть) Нередко встречаются фобофобии: человек, тяжело переживавший приступ навязчивого страха, потом испытывает уже страх самою сіраха (нового приступа).

Возникновение навязчивых страхов обычно сопровождается появлением выраженной вегетативной реакции в виде резкого побледнения или покраснения, потливости, сердцебиения, учащенного дыхания. Характерно, что обычно вполне критическое отношение к своему состоянию, понимание несостоятельности, необоснованности навязчивых страхов в момент приступа последних исчезает, и тогда человек действительно уверен, что «немедленно умрет от инфаркта», «скончается от кровоизлияния в мозг», «погибнет от заражения крови».

Агорафобия (страх О1крыпых пространств). Последние годы этот термин употребляется широко и включает не юлько с іраx открытых пространств, но и близких к нему ситуации, таких, как пребывание в транспорте, в толпе, в закрытых помещениях, т.е. в ситуациях, когда невозможно сразу вернуться в безопасное место (обычно домой). Этот страх, кроме того, включает, различные ситуации выходить из дома, оказаться в толпе, езди1ь в городском транспорте, поезде, летать самолсюм без сопровождающих, а в ряде случаев и с ними. Страх в эгих случаях заключается в юм, что, например, при возникновении сердечного приступа они окажутся без помощи и могут умереть. Особый страх вызывают закрытые двери в поезде, метро из-за невозможности в нужный момент выйти из ват она и получить помощь. Часю одна мысль, что МОіуі оказаться в такой ситуации, вызывает страх и вегетативные раесфоиетва.

Часто возникновению агорафобии предшествуют панические атаки. Это возникающий внезапно приступ страха, сопровождающийся выраженными вегетативными расстройствами" сердцебиением, затрудненным дыханием, головокружением, неприятными ощущениями в области сердца, слабостью в ногах и др. Как правило, панические атаки возникают или в связи с непосредственной травмирующей ситуацией, или на фоне длительной неразрешимой ситуации.
Навязчивые влечения (навязчивые желания) выражаются в появлении неприятных для человека желании (плюнуть в затылок впереди сидящего человека, дернуть за нос встречного, выскочить из машины на самой большой скорости), всю нелепость и болезненность которых человек понимает. Особенность подобных влечений в том, что они обычно не переходят в действие, но для человека очень неприятны и мучительны.
Очень мучительны для больных и контрастные навязчивости, выражающиеся в хульных, кощунственных навязчивых мыслях, чувствах и страхах, оскорбляющих морально-этическую, нравственную сущность человека. У подростка, очень любящего свою

мать, навязчиво возникают мысли и представления о ее физической нечистоплотности и возможном развратном поведении, хотя он твердо знает, что этого нет; у очень верующего человека появляются страхи, что он во время богослужения «сделает какую-нибудь непристойность»; у матери при виде острых предметов возникают навязчивые представления, как она втыкает их в горло своего единственного ребенка и т.д.
Подобно навязчивым желаниям, влечениям и т.д., контрастные навязчивости также никогда не реализуются.
Социальные фобии — страх испытывать внимание со стороны окружающих. Они могут быть избирательными: страх еды на людях, публичных выступлении, общений с противоположным полом — и диффузными, включающими все социальные ситуации вне семейного круга.
Социальные фобии проявляются жалобами на страх покраснения лица, тремора рук, тошноты, позыва на мочеиспускание. Характерно избегание ситуаций, которые могут вызвать социальные фобии.
У больных фобиями часто формируются защитные действия по механизму «прямой защиты»: избегание «опасной» ситуации, отвлечение внимания, поездки или выходы из дома с сопровождающими, профилактический прием лекарств, сердечных или успокаивающих.
Методы «символической защиты» выражаются в совершении действий, имеющих символическое значение, например: больной раскладывает определенным образом вещи, чтобы не случилось беды, перешагивает через трещины на асфальте, пропускает номера страниц, не произносит определенные слова, цифры и т.д.
Обсессивно-компульсивныерасстройства. Основной особенностью этих расстройств являются обсессивные мысли и компульсивные действия.
Компульсивные действия или ритуалы представляют собой такие поступки и действия, выполнение которых направлено на предотвращение событий, опасных для больных или их близких. Больной, как правило, понимает бессмысленность действий, но повторяет их вновь и вновь. Так, больной для того, чтобы с ним и с его близкими не случилось несчастье, в определенном порядке одевается, перед выходом из квартиры несколько раз стучит по стене, за-тем по двери, много раз вставляет и вынимает ключ. При сопротивлении компульсивным действиям у больных возникает чувство тревоги, вегетативные расстройства, психическое напряжение.
Эти ритуальные движения или действия (подчас очень сложные и длительные) выполняются больными для защиты от ожидаемого несчастья или успокоения и при навязчивых сомнениях.
Например, больная с навязчивым страхом загрязнения так часто моет руки, что в день расходует по куску мыла. Во время каждого мытья она намыливает руки не менее десяти раз, считая при этом вслух; если же почему-либо собьется со счета или ее отвлекут, то она тут же должна это число намыливаний утроить, затем вновь и вновь утроить и т.д. Больной с навязчивым страхом пожара время

от времени поворачивается трижды вокруг своей оси, испытывая после этого на какой-то период успокоение. Девочка с навязчивым страхом подавиться перед каждым приемом пищи ставит тарелку себе на голову. Женщина, склонная к навязчивым сомнениям, закрыла ли она входную дверь, обязательно подергает за ручку 12 раз, напевая про себя один и тот же мотив.
Больная 40 лет обратилась с жалобами на наличие разнообразных на-нязчивых явлений.
Впервые стала испытывать навязчивый страх с 13 лет, когда, выходя из кинозала, почувствовала острый позыв на мочеиспуска-ние.С этого дня возник страх не удержать мочу в общественном

месте,особенно при большом скоплении людей. В остальном чувствовала себя здоро-нои, успешно окончила школу, поступила на рабогу В 19-летнем возрасте (на фоне переутомления и длительною недосыпания) возник мучительный с прах сойти с ума (этому способствовал рассказ подруш о заболевании ее дяди), а несколько позднее присоединился страх заболеть ранним склеро-юм и гипертонической болезнью и умереть от этого. С трудом работала, плохо спала ночью, читала массу медицинской литературы Лечилась, со-иояние улучшилось, однако после разрыва с женихом вновь с еще большей силой стали беспокоить навязчивые страхи и особенно сильно — страх за-Гюлеть ранним склерозом и гипертонической болезнью и умереть от этого Очень ярко представляла себе сцену своей смерти и похорон.

Больная понимала нелепость своих страхов, но избавиться от них не могла. Некоторое успокоение чувствовала после совершения следующих ритуальных действии снимала с себя одежду и, покрутив каждую вещь 3 раза, бросала ее на пол, но так, чтобы одна вещь лежала не менее чем на метровом расстоянии от другой, «а еще лучше, чтоб чулок летел в один конец комнаты, кофточка — в другой, а туфли — на балкон» Состояние осо-(>енно ухудшилось после присоединения навязчивого страха перед острыми и режущими предметами, который постепенно стал «самым главным, (амым ужасным», в то время как прежние фобии уже почти не беспокои-ни. Кроме того, возникли очень мучительные навязчивые влечения выко-поть себе глаза, затянуться полотенцем, разрезать кожу щеки

В отличие от бреда навязчивости могут быть и у здоровых лю-1ей (многим хорошо известна навязчивость какого-то мотива, какой-то мелодии).

Способствуют возникновению навязчивостси у здоровых людей недосыпание, переутомление, астенизация.

7.1.5. Сравнительно-возрастные особенности бредовых идей и навязчивых состояний

У детей в связи с неразвитостью второй сигнальной системы бредовые идеи возникают очень редко. Им более свойственно па-юлогическое фантазирование, отличающееся от обычной дет-ской склонности к фантазиям определенной нелепостью, несвя-!(1нностью с конкретной реальной обстановкой.

Бред у детей может возникнуть на фоне помраченного сознания, преимущественно делириозного, и связан тематически с яркими иллюзиями и галлюцинациями, нестоек, фрагментарен, обычно исчезает с прояснением сознания.

Для детей младшего подросткового возраста характерен бред чужих родителей (Г.Е.Сухарева), когда собственные родители воспринимаются как чужие люди, не любящие ребенка, тяготящиеся им, а настоящие родители либо неизвестно где, либо реальные высокопоставленные лица.

У подростков может быть уже вполне сформированная бредовая система, например, бред физического недостатка, бред отношения (см. синдром дисморфомании).

В целом, притом что ряд бредовых идеи, например бред преследования, может быть в любом возрасте, существует определенная возрастная предпочтительность, где влияние возрастного фактора выражено весьма значительно.

Кроме подросткового возраста, бред физического недостатка характерен и для юношеского периода (нередко подростковый и юношеский возраст в целом определяют как адолесцентныи).

Для среднего возраста жизни человека предпочтителен бред ревности, любовный бред, бред преследования в структуре синдрома Кандинского—Клерамбо.

В пресенильном возрасте гораздо легче, чем в ином, возникают бред самообвинения, обвинения, нигилистический бред, бред мучительного бессмертия, бред гибели мира, бред отрицательного величия или злого могущества (в составе синдрома Котара).

Для сенильного возраста характерен бред материального ущерба.

Навязчивые состояния у детей ранее всего проявляются в двигательной сфере в виде сосания большого пальца (в течение первого года жизни это явление нормальное), разного рода тиков, онихофагии (от греч. onychos — ноготь) — навязчивого стремления грызть ногти (обычно после 5 лет), трихотилломании (от греч. tnchos — волос) — навязчивого стремления выдергивать волосы (подчас вплоть до образования значительных плешин) с возможным последовательным их заглатыванием.

В раннем детском возрасте нередко возникают страхи, особенно темноты и одиночества, в более старшем возрасте — страх заражения какой-либо болезнью, пожара, тех или иных животных или насекомых, страх потерять родителей. Такого рода страхи нередко возникают после напугавшего ребенка реального события, страшных рассказов, просмотра фильма с соответствующим сюжетом. Навязчивые мысли (идеаторные навязчивости) возникают обычно

только с подросткового возраста.

Глава 8. ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА

8.1. Определение

Эмоции (от лат. emoveo, emotum - возбуждать, волновать) — реакции в виде субъективно окрашенных переживаний индивида, отражающих значимость для него воздействующего раздражителя или результата собственного действия (удовольствие, неудовольствие).
П.К Анохин писал, что эмоции — это физиологические состояния организма, имеющие ярко выраженную субъективную окраску и охватывающие все виды чувствований и переживаний человека — от глубоко травмирующих страдании до высоких форм радости и социального жизнеощущения.
Отношение человека к происходящим событиям и удовлетворению своих пофебностей выражается в чувствах (эмоциях). Выделяют эмоции эпикритические\ корковые, присущие только человеку, филогенетически более молодые (к ним относятся эстетические, этические, нравственные) и протопатические эмоции, подкорковые, таламические, филогенетически более древние, элементарные (удовлетворение чувства голода, жажды, полового чувства).
Существуют положительные эмоции, которые возникают при удовлетворении потребностей, — это переживание радости, воодушевления, удовлетворения и отрицательные эмоции, при которых переживается затруднение в достижении цели, огорчение, ipeeora, раздражение, гнев. Кроме того, были выделены (Кант Э.) стенические эмоции, направленные на активную деятельность, борьбу, способствующие мобилизации сил для достижения цели, и астенические, обусловливающие пониженную активность, неуверенность, сомнения, бездеятельность.
Эмоции являются наиболее древними психическими функциями человека. Многие эмоциональные реакции, особенно инстинктивные, человек получил от животных. У животных эмоциональные реакции возникали в связи с различными ситуациями, вызывающими реакцию страха или гнева. Если реакции эти были связаны с угрозой для жизни животного, то возникала необходимость вступать в борьбу или спасаться бегством. Так как, переживая страх, животное готовилось к действию, то в процессе эволюции закрепились наиболее целесообразные вегетативные реакции, которые и обеспечивали эту деятельность.
Во время переживания страха обычно происходит перераспределение крови в организме, расширение сосудов в мышцах, сердце, легких, мозге и сужение их в коже и брюшной полости. 'Это обеспечивает успешное спасение бегством или меньшую кровопотерю в случае борьбы. До вступления в борьбу или до бегства

животное пытается еще отпугнуть врага: оно принимает устрашающие позы, выгибает спину, поднимает хвост, оскаливает зубы. В это время наблюдается пиломоторная реакция: шерсть поднимается дыбом, в результате чего животное увеличивается в размерах. Под влиянием эмоции страха у животного повышается содержание сахара в крови, возрастает вязкость крови. Все эти реакции являются защитными, выработавшимися в процессе эволюции.
У человека эти вегетативные реакции, несмотря на то, что они утратили целесообразность, сохраняются, хотя многие из них стали рудиментарными. Так, при переживании страха у человека наблюдается бледность кожных покровов, тело покрывается «гусиной кожей» — это и есть рудимент пиломоторной реакции.
В вегетативных реакциях при различных эмоциональных состояниях может преобладать тонус то симпатического, то парасимпатического отдела вегетативной нервной системы.
Эмоции сопровождаются не только вегетативными реакциями, но и выразительными движениями, близкими к таковым у животных. Так, при попадании в пасть собаки чего-либо несъедобного можно наблюдать мимическую реакцию, подобную той, какая возникает у человека, когда он принял горькое лекарство или когда ему сообщили о неблаговидном поступке и у него возникло чувство досады.
Выразительные движения могут быть адекватны переживаемой эмоции, человек может их подавить усилием воли. В ряде случаев мимика и выразительные движения не соответствуют переживаемой эмоции, например при огорчении у человека возникает улыбка.
Под аффектом принято понимать кратковременное сильное душевное волнение, которое сопровождается не только эмоциональной реакцией, но и возбуждением всей психической деятельности.
Выделяют физиологический аффект, например гнева или радости, не сопровождающийся помрачением сознания, автоматизмами и амнезией. Астенический аффект — быстро

истощающийся аффект, сопровождающийся угнетенным настроением, снижением психической активности, самочувствия и жизненного тонуса.
Стенический аффект характеризуется повышенным самочувствием, психической активностью, ощущением собственной силы.
Патологический аффект — кратковременное психическое расстройство, возникающее в ответ на интенсивную, внезапную психическую травму и выражающееся в концентрации сознания на травмирующих переживаниях с последующим аффективным разрядом, за которым следуют общая расслабленность, безразличие и часто глубокий сон; характеризуется частичной или полной амнезией.
В ряде случаев патологическому аффекту предшествует длительная психотравмирующая ситуация и сам патологический аффект возникает как реакция на какую-то «последнюю каплю».

Под настроением понимают более или менее продолжительное эмоциональное состояние.
Филогенез чувств (по Рибо) характеризуется следующими этапами:
1-й этап — протоплазматический (досознагельный), на этом этапе чувства выражаются в изменениях раздражимости тканей;
2-й этап — потребностей; в этот период появляются первые признаки переживания удовольствия — неудовольствия;
3-й этап — так называемых примитивных эмоций; к ним относятся эмоции органического характера; боль, гнев, половое чувство;
4-й этап — абстрактные эмоции (моральные, интеллектуальные, этические, эстетические).

8.2. Онтогенез эмоций

В онтогенезе эмоций выделяют 4 этапа. Первый этап (у новорожденных) характеризуется преобладанием инстинктов и прежде всего инстинкта самосохранения (включая пищевой).
Второй этап - этап органического чувствования. Основой его является переработка информации от экстеро- и интерорецепторови возникновение нестойких образных представлений о действительности с переживаниями ребенка: удовлетворения — неудовлетворения, приятного — неприятного и т.д. Из этих чувств формируется отношение ребенка к близким.
Третий этап — развитие эпикригических эмоций с 3—4 до 12—14 лет. Связь развивающихся эмоций с органическими потребностями преобладает еще продолжительное время, и с 10—12 лет эмоции приобретают самостоятельное психическое выражение. Продолжается совершенствование эпикригических эмоций, в эмоциональных реакциях начинает преобладать корковая коррекция органических потребностей и влечений.
Четвертый этап — формирование высших человеческих эмоций, полное развитие которых достигается к 20—22 годам. К этому периоду чувства становятся подвластны рассудку, иными словами, корригируются интеллектуальной деятельностью. В этот период становится возможным подавление внешних проявлений эмоций, мимических реакций и выразительных движений.

8.3. Симптомы эмоциональных нарушений

8.3.1. Нарушения эмоционального реагирования

Эмоциональное реагирование — острые эмоциональные реакции, возникающие в ответ на различные ситуации. В отличие от изменений настроения эмоциональные формы реагирования кратковре-менны и не всегда соответствуют основному фону настроения.
Эмоциональные нарушения характеризуются неадекватностью эмоционального реагирования на внешние события. Эмоци-

ональные реакции могуг быть неадекватны по силе и степени выраженности, длительности и значимости вызвавшей их ситуации.
Эксплозивность — повышенная эмоциональная возбудимость, склонность к бурным проявлениям аффекта, неадекватная по силе реакция. Реакция гнева с агрессией может возникнуть по незначительному поводу.
Эмоциональное застревание — состояние, при котором возникшая аффективная реакция фиксируется на длительное время и оказывает влияние на мысли и поведение. Пережитая обида «застревает» надолго у злопамятного человека Человек, усвоивший определенные догмы, эмоционально для него значимые, не может принять новые установки, несмотря на изменившуюся ситуацию.
Амбивалентность — возникновение одновременно противоположных чувств по отношению к

одному и тому же человеку
Чувство потери чувств — утрата способности реагировать на происходящие события, мучительное бесчувствие, например при психогенном «эмоциональном параличе»

8.3.2. Симптомы расстройств настроения

Под настроением понимается преобладающее на определенный период эмоциональное состояние, оказывающее влияние на всю психическую деятельность.
Расстройства настроения характеризуются двумя вариантами: симптомами с усилением и ослаблением эмоциональности. К расстройствам с усилением эмоциональности относятся гиперти-мия, эйфория, гипотимия, дисфория, тревога, эмоциональная слабость.
Гипертимия — повышенное веселое, радостное настроение, сопровождающееся приливом бодрости, хорошим, даже прекрасным физическим самочувствием, легкостью в решении всех вопросов, переоценкой собственных возможностей.
Эйфория — благодушное, беспечное, беззаботное настроение, переживание полного удовлетворения своим состоянием, недостаточная оценка происходящих событий.
Гипотимия — сниженное настроение, переживание подавленности, тоскливости, безысходности. Внимание фиксировано только на отрицательных событиях, настоящее, прошлое и будущее воспринимаются в мрачных тонах.
Дисфория — злобно-тоскливое настроение с переживанием недовольства собой и окружающими. Часто сопровождается выраженными аффективными реакциями гневливости, ярости с агрессией, отчаяния с суицидальными тенденциями.
Тревога — переживание внутреннего беспокойства, ожидание неприятности, беды, катастрофы. Чувство тревоги может сопровождаться двигательным беспокойством, вегетативными реакциями.

Тревога может перерасти в панику, при которой больные мечутся, не находят себе места или застывают в ужасе, ожидая катастрофу
Эмоциональная слабость — лабильность, неустойчивость настроения, изменение его под влиянием незначительных событий. У больных легко могут возникать состояния умиления, сентиментальности с появлением слезливости (слабодушие). Например, при виде шагающих пионеров человек не может удержать слезы умиления.
Болезненное психическое бесчувствие (anaesthesia psychica dolorosa). Больные мучительно переживают у грату всех человеческих чувств — любви к близким, сострадания, юря, тоски. Они говорят, чго стали «как дерево, как камень», страдают от этого, уверяют, чго тоска легче, гак как в ней человеческие переживания
Все перечисленные симптомы свидетельствуют об усилении эмоционального состояния независимо от тою, каковы зги эмоции — положительные или отрицательные.
К нарушениям пасіроения со снижением эмоциональности относятся такие состояния, как апатия, эмоциональная монотонность, эмоциональное огрубение, эмоциональная тупость.
Апатия (от |реч apatia — бесчувавенность; синонимы: анор-мия, ашинормия, болезненное безразличие) — расстройство эмо-ционалыю-волевои сферы, проявляющееся безразличием к себе, окружающим лицам и собыиям, orcyiciBHCM желании, побуждении и полной бездеятельностью Больные в 1аком сосюянии не проявляют никаких ишересов, не высказываю! никаких желаний, не интересуются окружающими, часто не знают, как зовут соседей по najiaie, лечащею врача — не из-за нарушении памяти, а из-за безразличия. На свиданиях с близкими молча забирают подарки и уходят
Эмоциональная монотонность — эмоциональная холодность. У больною наблюдается ровное, холодное отношение ко всем событиям независимо от их эмоциональной значимости
Эмоциональное огрубение. Оно проявляется в утрате наиболее тонких дифференцированных эмоциональных реакций: исчезает деликатность, сопереживание, появляется расторможенность, назойливость, бесцеремонность Такие состояния могут наблюдаться при алкоголизме, при атеросклеротических изменениях личности.
Эмоциональная, или аффективная, тупость — расстройство, характеризующееся слабостью эмоциональных реакции и контактов, оскудением чувств, эмоциональной холодностью, переходящее в полное равнодушие и безучастность Такие больные равнодушны и холодны к близким людям, их не трогает болезнь или смерть родителей, иногда сохраняются грубоэгоистические интересы
Нарушения настроения и эмоционального реагирования могут сопровождаться изменениями мимики и выразительных дви-

жений, которые могут быть неадекватными по силе и выраженности эмоциональному состоянию или не соответствовать переживаемым эмоциям.
Гипермимия — расстройство, сопровождающееся живой, быстро меняющейся мимикой, отражающей картину быстро появляющихся и исчезающих аффектов. Проявление мимических реакций часто утрировано, чрезмерно бурно и ярко. Выразительные действия усилены, ускорены, быстро меняются, достигая в ряде случаев маниакального возбуждения.
Лмимия, гипомимия — ослабление, обеднение мимики, однообразная застывшая мимика горя, отчаяния, характерная для депрессивных состояний. На лице застывшее скорбное выражение, губы плотно сжаты, углы рта опущены, брови сдвинуты, между ними залегают складки. Характерна складка Верагута: кожная складка верхнего века на границе внутренней трети оттянута кверху и назад, в связи с чем дуга превращается в этом месте в угол.
Выразительные движения ослаблены, замедлены, смазаны. Иногда двигательная активность полностью утрачивается, больные становятся обездвиженными, но мимика сохраняется скорбная. Это картина депрессивного ступора.
Парамимия — неадекватность мимики и выразительных действий ситуации. В одних случаях это выражается в появлении улыбки на похоронах, слез и гримас, плача при торжественных и приятных событиях. В других случаях мимические реакции не соответствуют каким-либо переживаниям — это различные гримасы. Например, больной зажмуривает глаза и открывает рот, морщит лоб, надувает щеки и т.д.

8.4. Синдромы эмоциональных расстройств

К этим синдромам относятся депрессивный и маниакальный, для которых характерна триада, состоящая из расстройс! в настроения, двигательных нарушений и изменений течения ассоциативных процессов. Однако этой триадой не исчерпывается клиническая картина как депрессивных, так и маниакальных состояний. Характерны нарушения внимания, сна, аппетита. Вегетативные расстройства наиболее типичны для эмоциональных эндогенных расстройств и характеризуются признаками повышения симпатического тонуса вегетативной нервной системы, более отчетливыми при депрессиях, но имеющими место и при маниакальных синдромах.

8.4.1. Депрессивный синдром

Типичный депрессивный синдром. Депрессивный синдром характеризуется депрессивной триадой: гипотимией, подавленным, грустным, тоскливым настроением, замедлением мышления и

двигательной заторможенностью. Выраженность указанных расстройств различна. Диапазон гипотимическихрасстройств велик — от легкой подавленности, грусти, депримированности до глубокой тоски, при которой больные испытывают тяжесть, боль в груди, бесперспективность, никчемность существования. Все воспринимается в мрачных красках - настоящее, будущее и прошлое. Тоска в ряде случаев воспринимается не только как душевная боль, но и как тягостное физическое ощущение в области сердца, в груди «предсердсчная тоска».
Замедление в ассоциативном процессе проявляй гея в обеднении мышления, мыслей мало, они текут медленно, прикованы к неприятным событиям: болезни, идеям самообвинения. Никакие приятные события не могут изменить направление этих мыслей. Ответы на вопросы у таких больных носят односложный характер, между вопросом и ответом часто длительные паузы.
Двигательная шторможенность проявляется в замедлении движений и речи, речь гихая, медленная, мимика скорбная, движения ммедлены, однообразны, больные подолгу могут оставаться в одной позе. В ряде случаев двигательная заторможенность достигает полной обездвиженности (депрессивный ступор).
Двигательная заторможенность при депрессиях может играть как бы защитную роль. Депрессивные больные, испытывая мучительное, тягостное состояние, безысходную тоску, бесперспективность существования, высказывают суицидальные мысли. При выраженной двигательной заторможенности больные часто говорят, что им так тяжело, что жить невозможно, но предпринять что-либо, убить себя нет сил: «Пришел бы кто-либо и убил и уго было бы замечательно».
Иногда двигательная заторможенность внезапно сменяется приступом возбуждения, взрывом тоски (меланхолический раптус — raptus melancholicus). Больной внезапно вскакивает, бьется головой об стену, царапает себе лицо, может вырвать глаз, разорвать рот, поранить себя, разбить головой стекло, выброситься из окна, при этом больные истошно кричат, воют. Если больного

удается удержать, то приступ ослабевает и снова наступает двигательная заторможенность.

При депрессиях часто наблюдаются суточные колебания, они наиболее характерны для эндогенных депрессий. В ранние утренние часы больные испытывают состояние безысходности, глубокую тоску, отчаяние. Именно в эти часы больные особенно опасны для себя, самоубийства совершаются часто именно в это время.

Для депрессивного синдрома характерны идеи самообвинения, греховности, виновности, которые тоже могут приводить к мысли о самоубийстве.

Вместо переживания тоски при депрессии может возникнуть состояние «эмоционального бесчувствия». Больные говорят, что они потеряли способность переживать, утратили чувства: «Приходят мои дети, а я к ним ничего не чувствую, это хуже, чем тоска, тоска — это человеческое, а я как деревяшка, как камень». Такое состояние называется болезненным психическим бесчувствием (anaesthesia psychica dolorosa), а депрессия анестетической.

Депрессивный синдром обычно сопровождается выраженными вегетативно-соматическими нарушениями: тахикардией, неприятными ощущениями в области сердца, колебаниями apiepn-ального давления с тенденцией к гипертензии, нарушениями со стороны желудочно-кишечного тракта, потерей аппетита, снижением массы тела, эндокринными расстройствами. В ряде случаев эти соматовегетативные расстройства могут быть настолько выраженными, что маскируют собственно аффективные расстройства.

В зависимости от преобладания в структуре депрессии различных компонентов выделяют тоскливую, тревожную, апатическую депрессии и другие варианты депрессивного состояния.

В аффективном звене депрессивной триады О.П.Вертоградова и В.М.Волошин (1983) выделяют три основных компонента: тоску, тревогу и апатию. Нарушения идеаторных и моторных компонентов депрессивной триады бывают представлены двумя вариантами расстройств: торможением и расторможенностью.

В зависимости от соответствия характера и степени выраженности идеаторных и моторных нарушений доминирующему аффекту выделяются гармоничные, дисгармоничные и диссоциированные варианты депрессивной триады, которые имеют диагностическое значение, особенно на начальных этапах развития депрессии.

Идеи самообвинения при депрессивном синдроме иногда достигают выраженности бреда. Больные убеждены, что они преступники, что вся их прошлая жизнь греховна, что они всегда совершали ошибки и недостойные поступки и теперь их ждет расплата.

Тревожная депрессия. Характеризуется тягостным, мучительным ожиданием неизбежного конкретного несчастья, сопровождается однообразным речевым и двигательным возбуждением. Больные убеждены, что должно произойти что-то непоправимое, в чем они, возможно, виноваты. Больные не находят себе места, ходят по отделению, постоянно обращаются к персоналу с вопросами, цепляются за проходящих, просят помощи, смерти, умоляют выпустить их на улицу. В ряде случаев двигательное возбуждение достигает неистовства, больные мечутся, охают, стонут, причитают, выкрикивают отдельные слова, могут наносить себе повреждения. Такое состояние носит название «ажитированная депрессия».

Апатическая депрессия. Для апатической, или адинамической, депрессии характерно ослабление всех побуждений. Больные в таком состоянии вялы, безучастны к окружающему, безразличны к своему состоянию и положению близких, неохотно вступают в контакт, не высказывают каких-либо определенных жалоб, часто говорят, что единственное их желание, чтобы их не трогали.

Маскированная депрессия. Для маскированной депрессии (ла-врированная, депрессия без депрессии) характерно преобладание различных двигательных, чувствительных или вегетативных расстройств по типу депрессивных эквивалентов. Клинические проявления этой депрессии крайне разнообразны. Часто встречаются различные жалобы на расстройства сердечно-сосудистой системы и органов пищеварения. Наблюдаются приступы болей в области сердца, желудка, кишечника, иррадиирующие в другие участки тела. Эти расстройства часто сопровождаются нарушениями сна и аппетита. Сами депрессивные расстройства недостаточно отчетливы и маскируются соматическими жалобами. Существует точка зрения, что депрессивные эквиваленты являются начальным этапом в развитии депрессий. Это положение подтверждается наблюдениями последующих типичных депрессивных приступов у больных с маскированной ранее депрессией.

При маскированной депрессии: 1) больной длительно, упорно и безрезультатно лечится у

врачей различных специальностей; 2) при применении различных методов исследования не выявляется конкретного соматическою заболевания; 3) несмотря на неудачи влечении, больные упорно продолжают посещать врачей (Морозов Г.В.).
Депрессивные эквиваленты. Под депрессивными эквивалентами принято понимать периодически возникающие состояния, характеризующиеся разнообразными жалобами и симптомами преимущественно вегетативного характера, заменяющие приступы депрессии при маниакально-депрессивном психозе

8.4.1.1. Сравнительно-возрастные особенности депрессивного синдрома

У детей дошкольною возраста депрессии проявлякмся вегетативными и двигательными нарушениями, так как этому возрасту свойственны именно эти формы реагирования.
В более раннем возрасте депрессии еще менее напоминают депрессии. Дети вялы, двигательно беспокойны, аппетит нарушен, наблюдаются потеря массы тела, нарушения ритма сна. Депрессивные состояния могут возникнуть при эмоциональной депрессии, лишении ребенка контакта с матерью. Например, при помещении ребенка в лечебное учреждение вначале у него возникает состояние двигательного возбуждения с плачем, отчая-

нием, затем появляются вялость, апатия, отказ от еды и игр, склонность к соматическим заболеваниям Такие состояния чаще обозначаются как «анаклитическая депрессия». Аналитическая депрессия возникает у детей в возрасте 6— 12 мес, разлученных с матерью и находящихся в плохих условиях существования, проявляется адинамией, анорексией, снижением или исчезновением реакции на внешние раздражители, задержкой развития психики и моторики.
У детей раннего возраста выделяют адинамическую и тревожную депрессии Адинамическая депрессия проявляется вялостью, медлительностью, монотонностью, безрадостным настроением, тревожная — плаксивостью, капризностью, негативизмом, двигательным беспокойством (Башина В.М.).
В дошкольном возрасте преобладают вегетативные и двигательные расстройства, но внешний вид детей свидетельствует о пониженном настроении: страдальческое выражение лица, поза, тихий голос. В этом возрасте отмечаются суточные колебания в самочувствии, появляются ипохондрические жалобы на неприятные ощущения в различных частях тела. Выделяют несколько вариантов депрессий в зависимости от преобладающих расстройств.
У детей младшего школьного возраста на первый план выступают нарушения поведения вялость, замкнутость, потеря интереса к играм, трудности в усвоении школьного материала. У некоторых детей наблюдаются раздражительность, обидчивость, склонность к агрессии, прогулы школы. Жалоб на тоску у детей выявить не удается. Могут наблюдаться «психосоматические эквиваленты» — энурез, снижение аппетита, похудание, запоры.
В пубертатном возрасте уже обнаруживается депрессивный аффект, который сочетается с выраженными вегетативными расстройствами, головными болями, нарушениями сна, аппетита, запорами, стойкими ипохондрическими жалобами. У мальчиков часто преобладает раздражительность, у девочек — подавленность, слезливость и вялость.
В пубертатном возрасте клиническая картина депрессии приближается к депрессивным состояниям у взрослых, но менее отчетлива идеа-торная (ассоциативная) заторможенность. Больные достаточно активно высказывают идеи самообвинения и ипохондрические жалобы.
Особенности депрессивных синдромов позднего возраста связаны с изменениями психической деятельности человека и обусловлены биологическими процессами возрастной инволюции Для депрессий позднего возраста характерна своеобразная «сниженность и измельчание» расстройств, отсутствие депрессивной самооценки и депрессивной переоценки прошлого (прошлое воспринимается

чаще как благополучное и счастливое), преобладание опасений за здоровье, страх перед материальными затруднениями. Это отражает возрастную «переоценку ценностей» (Штернберг Э.Я.)
В позднем возрасте выделяют депрессии простые с заторможенностью и тревожные. Просше депрессии с возрасюм встречаются реже и увеличивается число тревожно-ипохондрических и тревожно-бредовых состоянии Наибольшее число депрессивных состоянии с тревогой приходится на возраст 60—69 лет
При всех вариантах депрессивных состояний наблюдаются нарушения сна, аппетита, изменения массы гела, запоры и т.д.

Часю больные с депрессией в позднем возрасте испытывают «чувство со6сівенной измененности», однако у пожилых людей жалобы обычно касаются соматической измененносги.
Признаки психической анестезии чаще наблюдаются у лиц, заболевших до 50 лет, по сравнению с больными более позднего возраста.
Выраженная двигательная заторможенность не характерна для депрессивных состояний позднего возраста, депрессивные ступорозные состояния почти не встречаются Тревожно-ажиш-рованные депрессии наблюдаются как в инволюционном, 1ак и в позднем возрасте
У больных в позднем возрасте большое место в клинической картине депрессии занимают ипохондрические расстройства, однако чаше, чем ипохондрический бред (синдром Котара), наблюдаются февожные опасения ипохондрического содержания или фиксация на различных соматических жалобах.

8.4.2. Маниакальный синдром

Для маниакальною синдрома характерна маниакальная триада: гипертимия — приподнятое радостное настроение, ускорение ассоциативных процессов и двигательное возбуждение со стремлением к деятельности Выраженность этих расстройств различна: ускорение ассоциативной деятельности может колебаться от незначительного облегчения ассоциативной деятельности до «скачки идей»; повышение активности может достигать беспорядочного возбуждения (спутанная мания). Настроение бывает не только радостным и веселым, но в некоторых случаях преобладает гневливый аффект (гневливая мания)
Для маниакального синдрома характерна отвлекаемость, в связи с чем больные не могут довести начатое дело до конца, последовательно сообщить о себе анамнестические сведения. Несмотря на то, что больной говорит без умолку и охотно беседует с врачом, беседа эта непродуктивна, так как больной отвлекается на различные внешние события или возникающие у него ассоциации. Эти ассоциации носят обычно поверхностный характер.

Больные в маниакальном состоянии обычно не предъявляют соматических жалоб, они испытывают не только «душевный подъем», но и прилив физических сил. В этом состоянии больные склонны переоценивать свои способности и возможности. Женщины, несмотря на преклонный возраст, убеждены в своей неотразимой привлекательности, уверяют, что все студенты и врачи в них влюблены. Больные стремятся украшать свою одежду, неумеренно пользоваться косметикой, делать замысловатые прически У больных в маниакальном состоянии обнаруживаются способности сочинять стихи, рисовать, петь, сочинять музыку. Обычно чем менее выражение маниакальное состояние, тем продуктивнее эта деятельность.
Возможности для реализации многочисленных планов таким больным кажутся неограниченными, никаких препятствии они не замечают. Повышено чувство собственного достоинства. Больные бывают убеждены, что их ждут большие открытия, что они могут играть роль в решении серьезных социальных проблем. Такая переоценка возможностей может достигать уровня экспансивного бреда.
У больных наблюдается речевое возбуждение, они говорят много, быстро, громко. При выраженном речевом возбуждении через несколько дней голос становится охрипшим. В ряде случаев больные не могут полностью высказать мысль, из-за выраженной отвлекаемости они не договаривают фразы или выкрикивают только отдельные слова. Сами больные при этом говорят, что их язык не успевает за мыслями.
При менее выраженном речевом возбуждении ускорение ассоциативной деятельности выявляется при письме, больные не дописывают фразы или пишут только отдельные слова
Внешний вид больных характерен: они оживлены, лицо часто гиперемировано, мимика живая, движения быстрые, усидеть на месте не могут, хватаются за различные дела, но ни одно из них не могут довести до конца. Аппетит чаще повышен, едят с жадностью, быстро глотают плохо пережеванную пищу.
Половое влечение бывает усилено, больные легко вступают в контакты, заводят сексуальные связи, женятся, дают необоснованные обещания.
Маниакальный синдром при маниакально-депрессивном психозе обычно не сопровождается возникновением истинных бредовых идей величия, хотя больные переоценивают свои возможности и свою роль в прошлой жизни. Эти высказывания, как правило, не достигают уровня бреда, носят характер сверхценных идей величия и не отличаются стойкостью
Выделяют несколько вариантов маниакального синдрома: веселая мания, наиболее характерная для маниакально-депрессивного психоза, непродуктивная мания, при которой повышенное настроение и двигательное возбуждение не сопровождаются стремлением к

деятельности, мания с дурашливостью, при которой повышенное настроение с двигательным и речевым возбуждением сопровождается манерностью, детскостью, склонностью к нелепым шуткам.
Для мории характерно сочетание подъема настроения с расторможен ностью влечения, дурашливостью, плоскими нелепыми шутками, иногда обнаруживаются при этом обнубиляции сознания. Наблюдаются чаще всего при поражении лобных долей.
Легкие варианты маниакальных состояний принято называть гипоманиями.

8.4.2.1. Сравнительно-возрастные особенности маниакального синдрома

Наличие маниакальных состояний у детей раннего возраста признается не всеми. К его признакам относят расторможенность влечений, неустойчивость настроения.
У детей в дошкольном и младшем школьном возрасте можно думать о гипоманиакальном состоянии только в тех случаях, когда приподнятое настроение с эйфорией и грубыми нарушениями поведения продолжается длительное время. В этом возрасте гипо-мания может проявляться в двигательной расторможенности, суетливости, непослушании, упрямстве, многоречивости.
В препубертатном возрасте и младшем пубертатном эйфори-ческое настроение бывает при маниакальном состоянии достаточно отчетливым, но ведущими остаются нарушения поведения. Больные двигательно-активны, агрессивны, драчливы, сексуально расторможены, прожорливы.
У старших подростков маниакальные состояния подобны таким же расстройствам, наблюдаемым у взрослых.
В пожилом возрасте маниакальный синдром отличается однообразием, монотонностью, преобладает эйфоричный аффект с беспечностью над веселым, приподнятым настроением. На фоне повышенного настроения могут возникать слабодушные реакции.
Пожилые больные в маниакальном состоянии обычно малопродуктивны, круг ассоциаций сравнительно беден, часто наблюдается обстоятельность, склонность к детализации.
Вместо живости и остроумия отмечается склонность к плоским шуткам, поверхностным суждениям, построению нелепых планов. Вместо стремления к деятельности наблюдается бесцельная суетливость, усиливающаяся к вечеру и по ночам.
Больные чаще бывают неряшливыми, не следят за костюмом, волосы бывают всклокочены, карманы набиты мусором, объедками пищи.
В этом возрасте часто наблюдается несоответствие между малой подвижностью и речевым возбуждением

Глава 9. ВОЛЕВЫЕ РАССТРОЙСТВА

Воля — сознательное целенаправленное управление человеком своей деятельностью. Волевая активность присуща только человеку. Поведение животных обусловлено инстинктами и условно-рефлекторными связями. У человека в процессе социально-исторического развития образовались формы приспособления к окружающей среде на основе дифференцированных условно-рефлекторных реакции и произвольного контролирования инстинктов.
В волевом процессе различают следующие этапы: 1) побуждение, осознание цели и стремление достичь ее; 2) осознание ряда возможностей достижения цели; 3) борьба мотивов и выбор; 4) принятие одного из возможных решений; 5) осуществление принятого решения.
Совокупность желаний, побуждений, стремлений, приобретающих характер мотивационной деятельности, составляет мотивационную сферу. В мотивациейную сферу включаются как осознаваемые (волевые), так и недостаточно осознанные действия на основе различных побуждений (влечений, установок и т.д.)
Волевые нарушения могут относиться как к уровню побуждений к деятельности и осознания цели, т.е. формирования мотива, адекватности мотивов свойствам личности и ситуации, так и принятия решения, соответствующего поведения на всех этапах волевого процесса.

9.1. Симптомы волевых нарушений

9.1.1. Нарушения волевых побуждений

Абулия (от греч. bule — воля), или дисбулия, — патологическое отсутствие желаний и побуждений к деятельности. За абулией обычно следует адинамия (греч. adinamie — бессилие) — уменьшение или полное прекращение двигательной активности организма или органа.
Абулия наблюдается при различных патологических процессах, прежде всего при шизофрении, при различных лобных поражениях и при депрессиях.

Снижение волевой деятельности может привести к высвобождению низших действий — автоматизированных и инстинктивных.
Гипобулия — понижение волевой активности, бедность побуждений, бездеятельность, вялость, снижение двигательной активности, отсутствие желания общаться. Эти особенности часто от-мечаются при депрессивных состояниях, шизофрении. Ослабление внимания, обеднение мышления, замедление речи могут наблюдаться при состояниях оглушенности.
Гипербулия — повышенная активность, обусловленная значительным числом побуждений к деятельности, часто меняющихся

с целью их осуществления. Гипербулия наблюдается при маниакальных состояниях, паранойяльном синдроме.
При маниакальном состоянии продуктивность деятельности обычно мала из-за быстрой О1влекаемости больных, быстрой смены побуждении. При паранойяльном синдроме активность односторонняя, обусловленная бредовыми мотивами.
Парабулия — извращение, изменение волевой активности Побуждения к деятельности, мотивы и цели реализации извращены в связи с имеющимися у больного психопатологическими симп-томами: например, слуховые 1аллюцинации устрашающего характера побуждают к агрессивной деятельности и т.д.

9.2. Нарушения влечений

9.2.1. Извращение инстинктивных влечений

Инстинкты играют существенную роль в жизни человека, с возрастом они подвергаются контролю волевой деятельности. Нарушения инстинктивных реакции чаще наблюдаются у детей и подростков. Обычно выделяют нарушения влечения к пище, инстинкта самосохранения, расстройства половых влечений.
Нарушение влечений к пище. Усиление влечения к пище — бу-лимия (от греч. bus — бык + hmos — голод, голод «волчий», кино-рексия) — патологическое, резко усиленное чувство голода, нередко сопровождающееся общей слабостью и болями в животе. Оно наблюдается при гиперинсулинизме и психических заболеваниях, при умственной отсталости, дефектных состояниях при шизофрении.
На определенном этапе нервной анорексии на фоне отказа от еды появляется непреодолимое влечение к еде, сопровождающееся поеданием огромных ее количеств с последующим вызыванием рвоты. Булимия наблюдается при некоторых состояниях эмоционального напряжения, когда поедание больших количеств пищи снимает его.
Анорексия (an — частица, означающая отсутствие признака или качества, + греч. огех — желание есть, аппетит) — утрата чувства юлода, отсутствие аппетита при наличии физиологической по-фебности в питании
В пубертатном возрасте при нервной анорексии вначале отказ от еды возникает с целью похудания, затем чувство голода угасает и даже появляется отвращение к еде.
Утрата чувства голода наблюдается при психических заболеваниях: депрессии, кататоническом ступоре, тяжелой алкогольной абстиненции. Анорексия со значительным похуданием отмечает-ся при синдромах Симмондса и Шихана.
Полидипсия (от греч. polys — многий, dipsa — жажда) — повышенное потребление жидкости, неукротимая жажда, встречающаяся чаще всего при эндокринных заболеваниях, однако описа-ны случаи психогенной полидипсии.
Парорексия, или пикацизм (от лат. pica — сорока), — извращение аппетита, распространяющееся на несъедобные вещества.
Копрофагия (от греч. kopros — кал, phagos — пожирающий), или скатофагия (греч. син.), — стремление к поеданию собственных экскрементов.
Нарушения инстинкта самосохранения. Эти расстройства могут проявляться обострением защитных реакций, повышенной настороженностью и готовностью к паническим реакциям, страхами при действии различных раздражителей, особенно болевых.
Ослабление рефлекса самосохранения — исчезновение реакции при возникновении реальной опасности, при болевом раздражении, извращение оборонительного рефлекса при психических заболеваниях проявляется в нанесении себе самоповреждений и суицидальном поведении1.
Нарушения полового влечения (см. главу 33).

9.2.2. Импульсивные влечения и импульсивные действия

Импульсивные влечения — непреодолимые влечения достижения целей, неадекватных реальной ситуации, выполняемых без сопротивления и борьбы, но с последующей критической

оценкой.
Импульсивное действие — внезапно совершаемое стремительное, немотивированное действие, продолжающееся секунды или минуты; признак выраженного психического расстройства.
Дромомания (пориомания) — импульсивное влечение к перемене мест. Под дромоманией принято понимать влечение к побегам из дома, скитанию и перемене мест, наблюдается при различных психических заболеваниях. В формировании дромомании выделяют реактивный этап — первый уход из дома в связи с психической травмой, затем уходы становятся привычными, фиксированными, на любую незначительную неблагоприятную ситуацию возникает привычная реакция — уход из дома.
В последующем уходы из дома становятся безмотивными, неожиданными, приобретают характер импульсивности.
Дромомания наиболее характерна для детского и подросткового возраста, но известны случаи, когда, возникнув в детстве, дромомания сохраняется и у взрослых мужчин и женщин, причем женщину не останавливает наличие маленьких детей, здоровье которых во время бродяжничества подвергается опасности.
Дипсомания — влечение к пьянству, непреодолимое, сопровождающееся тяжелыми алкогольными эксцессами. Влечение к
Суицидальное поведение — совокупность осуществляемых индивидуумом действий, направленных на совершение суицидальной попытки

спиртному бывает настолько сильным, что, несмотря на критическое отношение к нему, вначале преодолеть влечение не удается. В этом состоянии больные совершают всевозможные неблаговидные поступки' обман, воровство, агрессию для того, чтобы получить желаемое спиртное. В ряде случаев удается выявить предшествующее приступу дипсомании изменение настроения.
Пиромания — влечение к поджогам, непреодолимое, немотивированное, внезапно возникающее, но не сопровождающееся изменением сознания.
Клептомания (от греч. klepto — красть + мания), или импульсивное воровство, немотивированное влечение к воровству.
Копролалия (от греч. kopros — кал + lalia — речь) — импульсивное произнесение бранных слов и нецензурных ругательств. Этот симптом может наблюдаться при болезни Жиля де ла Туретта.
Мифомания — непреодолимое влечение к вранью, обману. Иногда это наблюдается у истерических личностей для привлечения к себе внимания.

9.3. Нарушения волевой деятельности

Нарушения волевой деятельности возможны на уровне принятия решения и на уровне перехода к осуществлению принятого решения.
Навязчивые сомнения. Больной после борьбы мотивов, идти в кино или к друзьям, принимает решение идти в кино, но после этого решения снова возникают сомнения и так бесконечно.
Ригидность принятого решения означает отсутствие его коррекции и гибкости в соответствии с изменившейся ситуацией. Больной из-за этих особенностей не может перейти к осуществлению решения, так как ситуация уже изменилась, а он не может принять другое решение с учетом ситуации. Это наблюдается у ригидных эпилептоидных личностей.
Деятельность по типу «короткого замыкания» возникает внезапно в ответ на эмоциональное состояние: обиду, страх, отчаяние. При этом она совершается без достаточного осознания возможностей достижения цели и борьбы мотивов.

9.4. Нарушения внимания

К проявлениям волевой деятельности относится способность сосредоточиваться на объектах восприятия. Сосредоточение может быть пассивным (в основе его лежит безусловный исследовательский рефлекс «что такое?!») и активным, свойственным только человеку и выражающимся в том, что человек сознательно сосредоточивается на определенных явлениях, выключаясь, отвлекаясь от других событий и явлении.

Нарушения внимания проявляются в отвлекаемости, при этом человек не может сосредоточиться на нужном объекте, происходит ослабление активного внимания и преобладает пассивное.
Прикованность, застреваемость внимания наблюдается при депрессиях. Больные не могут переключиться на другие события, все мысли, воспоминания сконцентрированы на несчастье

(если речь идет о реактивной депрессии) и своих тоскливых переживаниях.
Истощаемость внимания наблюдается при органических заболеваниях и астенических состояниях. При истощаемости внимания больные в начале беседы отвечают на вопросы правильно, а затем по мере нарастания истощаемости ответы становятся менее продуктивными. Это отчетливо выступает при счете — отнимании от ста 7 или 17.

Глава 10. ПСИХОМОТОРНЫЕ РАССТРОЙСТВА

10.1. Формирование психомоторики

Моторика фудного ребенка зависит, с одной стороны, от воздействия на его органы чувств внешних раздражителей, и с другой — от физического состояния ребенка, от того, голоден он, холодно ли ему и от ритма сердца и дыхания. Иными словами, моторная деятельность ребенка является выразителем степени его благополучия и управляется инстинктами (Ушаков Г.К.).
К концу первого года жизни ребенка моторная деятельность приобретает иной характер, с этого периода моторикой начинают руководить корковые механизмы, т.е. появляется целенаправленность в двигательной активности.
Развитие речи характеризуется формированием высокого уровня дифференциации моторики.
В развитии моторики существует тесная связь аффективности и моторики, это проявляется в формировании выразительных движении и мимических реакции.
В развитии ребенка большое значение имеет игровая деятельность. К концу первого года развития ребенка появляются подражательные или обучающие игры, ребенок, играя, совершает более сложные действия, подражая взрослым.
Игра здорового ребенка всегда носит активный и творческий характер, совершенствуется за счет усложнения игровой ситуации.
При нарушении развития ребенка игровая деятельность утрачивает творческий характер, появляются однообразные, стереотипные действия, игрушки не используются в игровой деятельности. Например, ребенок не играет машинкой, а стереотипно крутит ее в руках. Иногда дети для игры используют другие предметы: девочка носит на руках коробочку, разговаривает с ней, укладывает спать и т.д.

10.2. Симптомы психомоторных расстройств

Под психомоторикой понимают совокупность сознательно управляемых двигательных действий. Симптомы психомоторных расстройств могут быть представлены затруднением, замедлением выполнения двигательных актов {гипокинезии) и полной обез-движенностью {акинезией) либо симптомами двигательного возбуждения или неадекватностью движений.
К симптомам с затруднением двигательной активности относят следующие расстройства:
каталепсия, восковая гибкость, при которых на фоне повышенного мышечного тонуса у больного возникает способность сохранять на длительное время приданную позу;
симптом воздушной подушки, относящийся к проявлениям восковой гибкости и выражающийся в напряжении мышц шеи, при этом больной застывает с поднятой над подушкой головой;

симптом капюшона, при котором больные лежат или сидят неподвижно, натянув одеяло, простынь или халат на голову, оставив открытым лицо;
пассивная подчиняемость состояния, когда у больного не возникает сопротивление изменениям положения его тела, позы, положения конечностей, в отличие от каталепсии тонус мышц не повышен;
негативизм, характеризующийся немотивированным сопротивлением больного действиям и просьбам окружающих Выделяют пассивный негативизм, который характеризуется тем, что больной не выполняет обращенную к нему просьбу, при попытке поднять с постели сопротивляется напряжением мышц, при активном негативизме больной выполняет противоположные требуемым действия. На просьбу открыть рот сжимает губы, когда ему протягивают руку, чтобы поздороваться, прячет руку за спину. Больной отказывается есть, но когда убирают тарелку, хватает ее и быстро съедает пищу.
Мутизм (молчание) — состояние, когда больной не отвечает на вопросы и даже знаками не дает понять, что он согласен вступить в контакт с окружающими
К симптомам с двигательным возбуждением и неадекватностью движений относятся:
импульсивность, когда больные внезапно совершают неадекватные поступки, убегают из дома, совершают агрессивные действия, нападают на других больных и т.д.;
стереотипии — многократное повторение одних и тех же движений;

эхопраксия — повторение жестов, движений и поз окружающих;
парамимия — несоответствие мимики больного поступкам и переживаниям;
эхолалия — повторение слов и фраз окружающих;
вербигерация — повторение одних и тех же слов и фраз;
миморечь, мимоговорение — несоответствие по смыслу ответов задаваемым вопросам.

10.3. Расстройства речи

Заикание — затруднение в произношении отдельных слов или звуков, сопровождающееся нарушением плавности речи.
Дизартрия — смазанная, запинающаяся речь. Затруднения при правильной артикуляции звуков. При прогрессивном параличе речь у больного бывает настолько нечеткой, что говорят, что у него «каша во рту». Для выявления дизартрии больному предлагают произнести скороговорки.
Дислалия — косноязычие — расстройство речи, характеризующееся неправильным произношением отдельных звуков (пропуски, замена другим звуком или его искажение).
Олигофазия — обеднение речи, малый запас слов. Олигофазия может наблюдаться у больных эпилепсией после припадка.

Логоклония — спастическое многократное повторение отдельных слогов слова.
Брадифазия — замедление речи как проявление заторможенности мышления.
Афазия — нарушение речи, характеризующееся полной или частичной утратой способности понимать чужую речь или пользоваться словами и фразами для выражения своих мыслей, обусловленное поражением коры доминантною полушария головного мозга, при отсутствии расстройств артикуляционного аппарата и слуха.
Парафазия — проявления афазии в виде неправильного построения речи (нарушение порядка слов в предложении, замена отдельных слов и звуков дру1 ими).
Акатофазия — нарушение речи, употребление сходных по звучанию, но не подходящих по смыслу слов.
Шизофазия — разорванная речь, бессмысленный набор отдельных слов, облеченных в грамматически правильно построенное предложение.
Криптолалия — создание больным собственного языка или особого шрифта.
Логорея — неудержимость речи больного, сочетающаяся с ее быстротой и многословием, с преобладанием ассоциаций по созвучию или контрасту.

10.4. Синдромы двигательных расстройств

Двигательные расстройства могут быть представлены ступо-розными состояниями, двигательным возбуждением, различными навязчивыми движениями, действиями и припадками.

10.4.1. Ступор

Ступор — полная обездвиженность с мутизмом и ослаблении ми реакциями на раздражение, в том числе болевое Выделяю!" различные варианты ступорозных состояний кататоническии, реактивный, депрессивный ступор. Наиболее часто наблюдаемі1 и кататоническии ступор, развивающийся как проявление к.п.по-нического синдрома и характеризующийся пассивным пенни-визмом или восковой гибкостью или (в наиболее тяжелой форме) резкой мышечной гипертонией с оцепенением больного и note С согнутыми конечностями
Находясь в ступоре, больные не вступают в контакт с окружи-ющими, не реагируют на происходящие события, различим? Н# удобства, шум, мокрую и грязную постель. Они могут in-iu»iiiph# литься, если случаются пожар, землетрясение или какие m гие экстремальные события. Больные обычно лежат и омноМ мышцы напряжены, напряжение чаще начинается с лешие i i мускулатуры, затем спускается на шею, позднее рас и pot фии • i

ся на спину, руки и ноги. В этом состоянии отсутствует эмоциональная и зрачковая реакция на боль. Симптом Бумке — расширение зрачков на боль — отсутствует.
Выделяют ступор с восковой гибкостью, при котором, кроме мутизма и обездвиженности, больной длительное время сохраняет приданную позу, застывает с поднятой ногой или рукой в неудобной позе. Часто наблюдается симптом Павлова: больной не реагирует на вопросы, заданные обычным голосом, но отвечает на шепотную речь. По ночам такие больные могут вставать, ходить, приводить себя в порядок, иногда есть и отвечать на вопросы.
Негативистический ступор характеризуется тем, что при полной обездвиженности и мутизме любая попытка изменить позу больного, поднять его или перевернуть вызывает сопротивление

или противодействие. Такого больного трудно поднять с постели, но, подняв, невозможно снова уложить. При попытке ввести в кабинет больной оказывает сопротивление, не садится на стул, но усаженный не встает, активно сопротивляется. Иногда к пассивному негативизму присоединяется активный. Если врач протягивает ему руку, он прячет свою за спину, хватает пищу, когда ее собираются унести, зажмуривает глаза на просьбу открыть, отворачивается от врача при обращении к нему с вопросом, поворачивается и пытается говорить, когда врач уходит и т.д.
Ступор с мышечным оцепенением характеризуется тем, что больные лежат во внутриутробной позе, мышцы напряжены, глаза закрыты, губы вытянуты вперед (симптом хоботка). Больные обычно отказываются от еды и их приходится кормить через зонд или проводить амиталкофеиновое растормаживание и кормить в то время, когда проявления мышечного оцепенения уменьшатся или исчезнут.
При субступорозном состоянии обездвиженность неполная, мутизм сохраняется, но больные могут произносить несколько слов иногда спонтанно. Такие больные медленно передвигаются по отделению, застывая в неудобных, вычурных позах. Отказ от еды неполный, больных чаще всего удается накормить из рук персоналу и родным.
При депрессивном ступоре при почти полной обездвиженности для больных характерно депрессивное, страдальческое выражение лица. С ними удается вступить в контакт, получить односложный ответ. Больные в депрессивном ступоре редко бывают неопрятны в постели. Такой ступор может внезапно смениться острым состоянием возбуждения — меланхолическим раптусом, при котором больные вскакивают и наносят себе повреждения, могут разорвать рот, вырвать глаз, разбить голову, разорвать белье, могут с воем кататься по полу. Депрессивный ступор наблюдается при тяжелых эндогенных депрессиях.

При апатическом ступоре больные обычно лежат на спине, не реагируют на происходящее, тонус мышц понижен. На вопросы отвечают односложно с большой задержкой. При контакте с родственниками реакция адекватная эмоциональная. Сон и аппетит нарушены. Бывают неопрятны в постели. Апатический ступор наблюдается при затяжных симптоматических психозах, при энцефалопатии Гайе—Вернике.
Психомоторное возбуждение — психопатологическое состояние с выраженным усилением психической и двигательной активности. Выделяют кататоническое, гебефреническое, маниакальное, импульсивное и другие варианты возбуждения.
Кататоническое возбуждение проявляется манерными, вычурными, импульсивными, некоординированными, ино1да ритмичными, однообразно повторяющимися движениями и говорливое 1ью, вплоть до бессвязности. Поведение больных лишено целенаправленности, импульсивно, однообразно, наблюдается повторение действий окружающих (эхопраксия). Мимика не соответствует каким-либо переживаниям, отмечается вычурное гримасничанье. Кататоническое возбуждение может принимать характер растерянно-патетического, негативизм сменяется пассивной подчиняемостью.
Выделяют л юцидную кататонию, при которой кататоническое возбуждение сочетается с другими психопатологическими симптомами: бредом, 1аллюцинациями, психическими автоматизмами, но без помрачения сознания, и онеироидную кататонию, характеризующуюся онейроидным помрачением сознания.

10.4.2. Двигательное возбуждение

Гебефреническое возбуждение проявляется нелепо-дурашливым поведением (гримасничанье, кривляние, немотивированный смех и т.д.). Больные прыгают, скачут, передразнивают окружающих, пристают к ним с нелепыми или циничными вопросами, дергают окружающих, толкают, иногда катаются по полу. Настроение чаще повышенное, но веселость может быстро сменяться плачем, рыданиями, циничной бранью. Речь ускорена, много вычурных слов, неологизмов.
Маниакальное возбуждение проявляется повышенным настроением и самочувствием, характеризующимся выразительной мимикой и жестами, ускорением ассоциативных процессов и речи, усиленной, часто беспорядочной деятельностью. Каждое действие больного носит целенаправленный характер, но так как быстро меняются побуждения к деятельности и отвлекаемость, то ни одно действие не доводится до конца, поэтому состояние производит впечатление хаотического возбуждения. Речь также ускоренная, доходящая до скачки идей.

10.4.3. Сравнительно-возрастные особенности двигательных расстройств

Синдром гиперактивности (гипердинамический, гиперкинетический, общей двигательной

расторможенности) наблюдается в возрасте от I 1/2 до 15 лет, но наиболее отчетливо проявляется в дошкольном и младшем школьном возрасте. Он характеризуется сочетанием общего двигательного беспокойства, неусидчивости, большого числа лишних движений, нецеленаправленности и импульсивности поступков с повышенной аффективной возбудимостью, эмоциональной лабильностью и нарушением внимания. Для этого синдрома характерны нарушения школьной адаптации из-за нарушенного поведения и внимания (Ковалев В.В.).
Проявления кататоническою ступора наблюдаются с 3—5 лет и выражаются в кратковременных застываниях, например ребенок застывает с ложкой, поднесенной ко рту. Эти состояния рассматриваются как рудименты восковой гибкости. В младшем школьном возрасте наблюдаются состояния с мышечным напряжением и внутриутробной позой. Весьма частым является полный или частичный мутизм. Временами ребенок начинает говорить, речь не служит средством общения, он говорит сам с собой или монологами.
В младшем школьном и пубертатном возрасте клиническая картина кататонического ступора становится похожей на ступо-розные состояния у взрослых, выраженными становятся явления пассивного и активного негативизма. Отказы от еды не носят стойкого характера.
Кататоническое возбуждение у детей раннего и дошкольного возраста проявляется в стереотипных движениях, подпрыгиваниях, беге по кругу («манежный бег»), выкрикивании отдельных слов, появлении неологизмов, эхосимптомов, в вычурности движений, гримасничанье.
В младшем школьном и пубертатном возрасте кататоническое возбуждение напоминает такое состояние у взрослых, обычно выражено речевое возбуждение, больные говорят не умолкая, характерны речь типа монолога, импульсивные поступки, эхосимптомы, верби-герации и др. У подростков кататоническое возбуждение сопровождается дурашливостью и другими гебефреническими проявлениями.
В пожилом возрасте двигательные расстройства менее стойки, чем в зрелом, ступорозные состояния рудиментарны, полная обездвижен-ность наблюдается нечасто, мутизм скорее избирательный, отказ от еды бывает достаточно упорный и требует постоянного надзора. Кататоническое возбуждение бывает окрашено тревогой, и в этих случаях возможны приступы выраженного тревожного возбуждения.
Явления пассивного и активного негативизма могут иметь место при состояниях возбуждения, реже встречаются эхосимптомы.

10.5. Припадки

Под припадком понимают внезапно возникшее кратковременное, обычно многократно повторяющееся, четко ограниченное во времени болезненное состояние (потеря сознания, судороги и т.д.).

10.5.1. Большой судорожный припадок

В развитии большого судорожного припадка (grand mal) различают несколько стадий: предвестников, ауры, фазы тонических и клонических судорог, постприпадочной комы, переходящей в сон.
За несколько дней или часов до припадка у части больных наблюдаются предвестники: головная боль, чувство дискомфорта, недомогания, раздражительность, пониженное настроение, снижение работоспособности.
Аура (дуновение) — это уже начало самого припадка, но сознание еще не выключено, поэтому аура остается в памяти больного. Проявления ауры различны, но у одного и того же больного она всегда одинакова. Аура наблюдается у 38—57% больных.
Аура может носить галлюцинаторный характер: перед припадком больной видит различные картины, чаще устрашающие: убийства, кровь. Одна больная каждый раз перед припадком видела, как к ней в комнату вбегает маленькая черная женщина, прыгает к ней на грудь, разрывает ее, хватает сердце и начинается припадок. Больной может перед припадком слышать голоса, музыку, церковное пение, ощущать неприятные запахи и т.д.
Выделяют висцеросенсорную ауру, при которой ощущение начинается в области желудка: «сжимает, перекатывает», иногда появляется тошнота, «спазм» поднимается вверх и начинается припадок.
Перед припадком могут остро возникать нарушения «схемы тела» и деперсонализационные расстройства. Иногда больные переживают перед припадком состояние необыкновенной ясно сти восприятия окружающего, подъема, экстаза, блаженспм, гармонии во всем мире.
Тоническая фаза. Внезапно наступают потеря сознания, шин ческое напряжение произвольной

мускулатуры, больной иад.ич, как подкошенный, прикусывает язык. При падении он и шип своеобразный крик, обусловленный прохождением воздуха чг|ин суженную голосовую щель при сдавлении грудной клетки ммпгш ской судорогой. Останавливается дыхание, бледность кожных IIU-кровов сменяется цианозом, отмечаются непроизвольное мочеИ= спускание и дефекация. Зрачки на свет не реагируют. Прилипли-тельность тонической фазы не более одной минуты.
Клоническая фаза. Появляются различные клоническмк- судороги. Восстанавливается дыхание. Изо рта выделяется пени, чий то окрашенная кровью. Длительность этой фазы 2—3 мин I hit i#

пенно судороги стихают, и больной погружается в коматозное состояние, переходящее в сон. После припадка может наблюдаться дезориентировка, олигофазия.

10.5.2. Другие виды припадков

Абортивные припадки развиваются в той же последовательности, но одна из фаз (тоническая или клоническая) выпадает.
Малый припадок (petit mal). Не существует единого мнения, какие расстройства принадлежат этой группе. К малым припадкам относят типичные абсансы, пикнолептические, миоклонические и акинетические приступы.
Пикнолептический припадок характеризуется мгновенным застыванием, выключением сознания, бледностью, слюнотечением, ретропульсивными движениями: закатыванием глазных яблок, запрокидыванием головы. Эти припадки наблюдаются у детей раннего и дошкольного возраста.
Акинетический припадок обычно продолжается до нескольких минут, протекает с потерей сознания, падением и обездвиженно-стью при сохранении мышечного тонуса.
У детей раннего возраста они характеризуются разнообразными судорожными движениями вперед: «кивки», «клевки» (внезапные резкие движения головой вперед и вниз, во время которых ребенок может получать ушибы лба и лица), салаамовы припадки (внезапное сгибание тела, наклон вперед и разведение рук).
Катаплексический припадок — мгновенное падение мышечного тонуса — может возникнуть в связи с аффективным состоянием (даже при смехе). Больной обычно падает, но так как тонус мышц понижен, то чаще больной оседает, «обмякает». Сознание не выключается, воспоминания сохраняются.
Иарколептический припадок характеризуется внезапным непреодолимым наступлением сонливости. Сон непродолжительный, глубокий, больные часто засыпают в неудобных позах, в неподходящих местах. После пробуждения восстанавливается психическая деятельность, появляются чувство бодрости, прилив сил.
Эпилептический диэнцефальный (эпилептический вегетативный) припадок характеризуется вегетативными расстройствами, возникающими изолированно или в сочетании с сенсорными (се-нестопагиями) и двигательными нарушениями, сопровождающимися аффектом страха или тревоги.
Истерический припадок возникает в связи с психической травмой, часто в присутствии других лиц. Сознание при этом грубо не нарушено, имеет место только аффективная суженность сознания. Падение обычно осторожное, «обессиленное опускание». Последовательной смены тонической и клинической фаз не на-

блюдается. Продолжительность припадка более длительная, чем при большом судорожном припадке, до 30 мин и более.
Движения во время припадка размашистые, хаотичные с выразительными и демонстративными позами. Больной катается по полу или постели, бьет ногами и руками о пол, выгибается дугой, дрожит всем телом, кричит, стонет, плачет. Реакция грач кон на свет сохраняется, при попытке посмотреть зрачки больной зажмуривает глаза, заводит глазные яблоки. Непроизвольною мочеиспускания и дефекации не наблюдается (табл. I).
К очаговым припадкам относят джексоновские припадки, ад-версивные, кожевниковскую судорогу.
Джексоновский припадок — это обычно фокальный эпилептический припадок коркового происхождения, начинающийся на одной половине тела тоническими или клоническими судорогами пальцев рук или ног, локализованными или распространяющимися на всю половину тела. Сознание утрачивается в тех случаях, когда генерализованные судороги переходят на другую половину тела.

Адверсивный (от лат. adversio — отведение) припадок характеризуется поворотом глаз, головы или всего туловища в сторону, противоположную очагу в головном мозге.
При кожевниковской судороге наблюдаются постоянные судорожные подергивания в мышцах конечностей. Интенсивность их нарастает и завершается генерализованным припадком, после которого судорожные подергивания конечности сохраняются.
При психомоторных припадках наблюдается внезапное возникновение автоматизированных движений, сопровождающееся сумеречным помрачением сознания.
У детей чаще всего наблюдаются оральные автоматизмы, проявляющиеся приступами глотания, жевания, сосания, которые сопровождаются нарушением сознания.
У детей дошкольного и младшего школьною возраста психомоторные припадки проявляются различными простыми дейс!-виями: хлопаньем в ладоши, подпрыгиванием, верчением вокру! оси, выкрикиванием отдельных слов, иногда совершаются более сложные действия, например ребенок начинает раздеваться или берет чужие вещи и уносит их и т.д. Сознание нарушено, воепо минаний не сохраняется.
Амбулаторный автоматизм (от лат. ambulare — ходить, приходи 11<) характеризуется автоматически совершаемой ходьбой, бегом, подходом или переездом в другое место. Иногда больные совершают Оо-лее длительные переезды, например уезжают в другой город и не и»-мнят, как они это сделали. Такие состояния называются трат i>i
К амбулаторным автоматизмам относится снохождепш1 (и*« мнамбулизм), при котором больные ночью встаютс поск'ии, 0р«=

дят, совершают различные автоматические действия, о которых утром не помнят. Для снохождений характерна стереотипность проявлений и невозможность вступить в контакт из-за нарушенного сознания. При невротических нарушениях сна со снохожде-ниями больного можно разбудить.

Таблица 1

Различия между эпилептическим и истерическим припадками

Признаки	Эпилептический припадок	Истерический припадок
Начало	Внезапное	Психоюннос
Сознание	Выключено	Аффекшвно сужено
Падение	Как подкошенный	Осторожно, оседание
Фазы судорог	Имеют место	Отсутствуют
Зрачки	Не реагируют на свет	Реагируют
Длительность	До 3-4 мин	30 мин и более
Время суток	Ночью, в одиночестве	Днем, в присутствии людей
Повреждения	Прикус языка, ушибы	Отсутствуют
Движения	Ограничены фазами	Размашистые, выразительные, демонстративные
После припадка	Кома с переходом в сон, олигофазия	Плач, рыдания, смех

Глава 11. НАРУШЕНИЯ СОЗНАНИЯ И САМОСОЗНАНИЯ

11.1. Нарушения сознания

Сознание — высшая форма отражения действительности. Сознание — продукт деятельности юловного мозга.
Человеческое сознание формируется в результате исторического развития, оно не только отражает происходящие события объективною мира, но и использует запас знаний для создания способов переделки окружающей среды для удовлетворе требностей человека. Для формирования сознания чело обходимо человеческое окружение, наличие человеческо ства. Известно, что дети, выросшие в логове зверя, не об вают признаков сформировавшегося

человеческого созна
С.С.Корсаков предпочитал писать «Сознание», под1 этим сочетание знаний об окружающих явлениях и пред самом себе, соотнесение этих знаний с накопленным че. ким опытом и способностью человека строить гипотезу щее, т.е. прогнозировать результаты будущей деятельност
Физиологической основой ясности сознания по И.П. является оптимальная деятельность в данный момент оп ного участка коры больших полушарий мозга, которая, ее
■ж я по-ека не-э обще-аружи-ния. фкивая летах, о овечес-а буду-
Тавлову еделен-и предположить, что кости черепа прозрачны, в виде яркого пят^а пере-
и очага тся эле-
мещается по поверхности мозга. Эта мысль о подвижное наиболее оптимальной активности сознания подтвержда ктроэнцефалографическими исследованиями.
Сознательная деятельность — эта такая деятельность, осуществляется со знанием объективного значения ее
учетом всех особенностей ситуаций и последствий деятельности как для индивидуума, так и для общества.
Автоматизированный акт — способность человека о< лять, не осознавая, упрочившееся действие. Эта способн рабагывается в процессе исторического развития челове ляется целесообразной.
В основе акта автоматизации лежат следы нервных пр возникшие в процессе тренировки.
Под бессознательной деятельностью понимают, с одне ны, такие ее формы, когда человек недостаточно осозн; задачи и последствия своей деятельности. Совершенств историческом развитии человека познания явлений и обогащает знания, но многое остается непознаваемым. П этих случаях говорить о «бессознательном» в понимании да не следует. С другой стороны, бессознательными мо названы такие действия, которые на определенном эгаш
которая задач, с
уществ-сть вы-
<а и яв-
цессов,
л сторо-ет цель, вание в обытий этому в З.Фрей-гут быть их фор-

мирования были осознаваемы, а затем сделались автоматизированными, непроизвольными. В процессе обучения ряд действий и навыков становится автоматизированным и в последующем выполняется механически, без обдумывания.

11.1.1. Этапы формирования сознания

В развитии сознания от рождения ребенка до зрелого возраста выделяется 5 уровней, или этапов (Ушаков Г.К.):

I — до I года — бодрствующее сознание;
II — от I года до 3 лет — предметное сознание;
III — от 3 до 9 лет — индивидуальное сознание;
IV — от 9 до 16 лет — коллективное сознание;
V —от 16 до 22 лет —рефлексивное, высшее общественное, социальное сознание.

Первый этап формирования сознания характеризуется появлением выбора наиболее удовлетворяющих ситуаций. При этом наблюдаются первые реакции на окружающую среду — первые элементы сознания. Ребенок может оценивать наиболее приятную для него ситуацию, например находиться на руках у матери или засыпать при покачивании и др. В этом возрасте описаны своеобразные состояния сытого бодрствования, при которых ребенок не вступает в контакт с окружающими, не реагирует на слова матери, хотя не спит и глаза у него открыты, мимика ребенка выражает полное удовлетворение («автаркия» по Парте О.П. с соавт.).
На втором этапе формирования сознания (предметного) главную роль играют непосредственные впечатления действительности. Сознание ребенка обогащается представлениями о предметах и явлениях, объем этих представлений увеличивается с того периода, когда ребенок начинает ходить, с появлением речи возникают обобщения и отвлечения, элементы абстрагирования. На этом этапе ребенок еще не улавливает взаимосвязь реальных событии и предметов с прошлым и будущим, он живет только в настоящем. На этом этапе ребенок еще не выделяет себя из окружающей среды, в его речи пока отсутствует местоимение «Я».
На третьем этапе формирования сознания (индивидуального) появляются первые представления о пространстве и времени, что делает возможным выделение себя из окружающей среды, от-дифференцирование от других предметов действительности. Сознание собственного «Я» в

последующем развитии совершенствуется и усложняется.
Для четвертого этапа формирования сознания (коллективного) характерно появление более дифференцированных представлений о предметах действительности, о себе, о простейших взаимоотношениях в коллективе. В этом периоде становятся отчетливыми представления об объектах пространства, о связи переживаемых в прошлом событий с настоящими.

Обучение в старших классах школы сопровождается участием подростков в общественных событиях и появлением у них общественного, социального сознания.
На пятом этапе формирования состояние подростка приобретает новые качества, оно становится рефлексивным, на этом уровне многообразные приобретенные знания оцениваются и соотносятся с реальными событиями. Рефлексивное сознание обеспечивает предвидение не только всего хода развития событий, но и последствий их. Зрелость сознания дости1ае1ся к окончанию юношеского возраста к 20—22 годам.

11.1.2. Критерии нарушенного сознания

К.Ясперс (1923) сформулировал признаки синдромов нарушенного сознания: отрешенность от окружающего мира, дезориентировка, амнезия на период нарушенною сознания.
Под отрешенностью от окружающего мира следует понимать утрату способности воспринимать происходящие события, анализировать, использовать прошлый опыт и делать соответствующие выводы, т.е. нарушение анализа и синтеза происходящих событий. При всех психических нарушениях имеет место измененное восприятие окружающего, особенно в случаях галлюцинаторных и бредовых расстройств. Однако для состоянии нарушенного сознания более характерны нарушения восприятия, характеризующиеся неточностью, фрагментарностью, беспорядочностью и бессвязностью отражения происходящих событий.
Для нарушенного сознания характерны различные варианты дезориентировки.
Под дезориентировкой понимают нарушение ориентировки в окружающем, во времени и по отношению к собственной личности. Дезориентировка, особенно во времени и месте, наблюдается при синдроме Корсакова. Однако наряду с грубой дезориентировкой во времени такие больные могут обнаружить способности тонко анализировать ситуацию, использовать запасы прошлых сведений и делать правильные выводы. Так, больной с болезнью Корсакова и грубыми расстройствами памяти на текущие события, дезориентировкой во времени на вопрос: «Какое время года?», подойдя к окну, ответил: «конец мая». Это соответствовало действительности. Далее он объяснил: «Листва полностью распустилась, но она еще свежая, так бывает в конце мая». При грубой дезориентировке во времени и месте у больного сохранена способность воспринимать происходящее, использовать прошлый опыт и делать соответствующие выводы, т.е. анализ и синтез не нарушены.
Амнезия может быть тотальной и может касаться только определенных ситуаций, например больной не может вспомнить реальные события, но помнит некоторые болезненные переживания, как это наблюдается при делирии.

Для того чтобы говорить о состоянии нарушенного сознания, необходимо выявить у больного все три признака, отмеченные К.Ясперсом. Например, больной, находящийся в кататоническом ступоре, как бы отрешен от окружающего мира, не реагирует на происходящие события, не вступает в контакт, не отвечает на вопросы. Однако после выхода из болезненного состояния такой больной может рассказать о событиях, которые происходили вокруг, обнаруживая способность не только воспринимать, запоминать, но и анализировать происходящее. Это свидетельствует о том, что сознание не было нарушено, несмотря на отрешенность от окружающего.

11.1.3. Симптомы помрачения сознания

Одним из основных признаков нарушенного сознания является отрешенность от окружающего мира, что прежде всего проявляется в изменении восприятия происходящего, выражающемся в фрагментарности, непоследовательности отражения событий и др. При состояниях нарушенного сознания имеет место дезориентировка во времени и месте. Иногда больные улавливают только грубые признаки окружающего («я в городе», «я в больнице»), но более точная ориентировка нарушена. У больных может наблюдаться дезориентировка в ситуации, они утрачивают способность оценивать обстановку, не понимают, что происходит. Выделяют аллопсихическую дезориентировку; которая проявляется в нарушении ориентировки лишь в окружающем: в месте, времени, по отношению к другим лицам; амнестическую дезориентировку\

обусловленную расстройством памяти; аутопсихическую, при которой дезориентировка относится только к собственной личности и проявляется невозможностью назвать свой возраст, имя, профессию и др.; бредовую, проявляющуюся в виде ложных представлений об окружающем (все происходящее наполнено особым смыслом, имеющим отношение к больному); соматопсихическую, при которой дезориентировка относится к собственному телу, его частям и внутренним органам.

Особым видом дезориентировки является двойная ориентировка, когда больной одновременно находится как бы в двух ситуациях. Он убежден, что это больница, и в то же время говорит, что это не больница, а «специальный центр по подготовке космонавтов» или «лаборатория по переделке умов», «школа обучения шпионов» и т.д.

В.А.Гиляровский считал, что такие больные живут как бы в двух мирах, в двух планах. Двойная ориентировка сопровождается переживанием симптомов положительного и отрицательного двойника.

Анозогнозия — неузнавание или отрицание собственной болезни, невозможность правильно оценить собственный дефект. Ано-

зогнозия часто является симптомом при нарушении критики при психических заболеваниях и алкоголизме.

Симптом никогда не виденного (jamais-vu) характеризуется тем, что больной неоднократно виденное, хорошо знакомое воспринимает как никогда не виденное, чуждое, виденное впервые. При симптоме уже виденного (deja vu) новые, незнакомые явления и новые ситуации больной воспринимает как уже знакомые, виденные ранее. В чужом, незнакомом месте у него остро возникает чувство, что все это уже было ранее, хорошо знакомо.

Растерянность (аффект недоумения) — это состояние острого бессмыслия, невозможность или затруднение понимания происходящих событии, мучительная неспособность разобраться в обстановке, последовательно воспринимать происходящее, понять ситуацию в целом, переживание чувства беспомощности, собственной измененности, в связи с этим аффект и мимика недоумения.

Гиперметаморфоз — расстройство внимания в форме непроизвольного, кратковременного его привлечения к предметам и явлениям, обычно не замечаемым, сопровождающееся состоянием острой растерянности.

11.1.4. Синдромы выключения сознания

К синдромам выключения сознания относят состояния оглушенности, сопора и комы.

Оглушение характеризуется двумя основными признаками: повышением порога ко всем раздражителям и обеднением психической деятельности. В связи с этим больные отвечают на вопросы, задаваемые только громким голосом и настойчиво. Ответы обычно односложны, но правильны. Повышен порог и к другим раздражителям: больные не жалуются на шум, неудобную, мокрую постель, не чувствуют слишком горячей грелки и т.д., не реагируют на другие неудобства.

Обычно подчеркивают, что выражение лица таких больных именно тупое, оно не выражает никаких эмоций. Больной говорит односложно, так как психическая деятельность обеднена, мыслей и воспоминаний мало, сновидений нет, желания отсутствуют, движения скудны. Продуктивной психопатологической симптоматики обычно не выявляется.

Грубая ориентировка сохранена, но более тонкая и дифференцированная нарушена. После выхода из состояния оглушения у больного в памяти сохраняются отдельные фрагменты имевшей место ситуации. Так, больной в состоянии оглушения в процессе лечения инсулиновыми комами после купирования этого состояния говорил врачу: «Я помню, Вы ко мне подходили, что-то спрашивали, но что — не помню».

Обнубиляции (вуаль на сознание) — легкая степень оглушения. Такой больной напоминает человека в состоянии легкого опьянения. У него несколько рассеянно внимание, он не может сразу собраться, чтобы правильно ответить, затруднено и замедленно вос-приягие событии, поэтому кажется, что он отвечает невпопад. Настроение бывает несколько повышено. Глубина обнубиляции обычно колеблется.

Оглушенность является признаком тяжелого поражения головного мозга и наблюдается при интоксикациях, черепно-мозговых травмах и при объемных процессах (опухоли, гуммы, кисты).

Сопор — состояние, следующее по тяжести за оглушением. При нем сохраняются простые психические реакции на внешние воздействия: больной отдергивает руку при уколе, на громкий

звук открывает глаза, поворачивает голову. У него сохраняются зрачковые, корнеальные и конъюнктивальные реакции.
Кома характеризуется полным угнетением психической деятельности, отсутствием зрачковых и других рефлексов, наличием бульбарных и тазовых расстройств.

11.1.5. Синдромы помрачения сознания

Делирий — иллюзорно-галлюцинаторное помрачение сознания — характеризуется противоположными оглушенности признаками: понижением порога ко всем раздражителям, богатством психопатологической симптоматики (иллюзорно-галлюцинаторной с возбуждением).
Начало делириозного помрачения сознания проявляется изменением восприятия окружающего. Раздражители, которые ранее не мешали больному, начинают им восприниматься как более сильные и раздражающие. Так, больной с соматогенной интоксикацией, например, при разрешении пневмонии, начинает жаловаться, что в коридоре слишком громко говорит персонал, топают, стучат ложками и тарелками при раздаче пищи, ему начинает мешать свет фонаря с улицы, постель кажется слишком жесткой, белье грубым и т.д. Затем появляются нарушения сна, возникают гипнагогические галлюцинации, из-за которых больной не может уснуть. Перед засыпанием на темном фоне ему видятся страшные рожи, куски тел, различные чудовища. Больной в страхе открывает глаза, но, как только закрывает, снова видит страшные картины. По утрам эти страхи кажутся нереальными и смешными, поэтому больной стесняется о них рассказать врачу.
На следующем этапе, обычно вечером, появляются парэйдо-лические иллюзии. В игре светотеней, на узорах обоев, на полу видятся различные картины, подвижные, часто меняющиеся и исчезающие при ярком освещении. Затем появляются зрительные галлюцинации, иногда как продолжение парэйдолических иллюзий.

Так, больному в узорах ковра видятся головки котят, которые кивают в разные стороны, затем котята «выпрыгивают» из ковра и начинают «бегать по кровати». В это время больной не только видит их, но и начинает чувствовать, как они когтями царапают ему руки, т.е. появляются тактильные 1аллюцинации.
Зрительные галлюцинации вначале единичные, фрагментарные, затем множественные, микрооптические, сценоподобные. К зрительным галлюцинациям присоединяются тактильные и слуховые. Эти галлюцинации истинные. Критическое отношение отсутствует, галлюцинаторные образы воспринимаются как реальные, и поведение больною соответствует галлюцинациям. При устрашающих галлюцинациях больной испытывает страх, спасается бегством, вступает в борьбу, при индифферентных или «завлекательных» всматривается с интересом, смеется и т.д. Восприятие реальных событий и их оценка нарушены. Ориентировка ложная, больной считает, что он находится в другой ситуации, в другом городе, на работе с собутыльниками, окружен врагами и т.д.
Воспоминания о реальных событиях фрагментарны или отсутствуют вовсе. Больной не помнит, как поступил в больницу, что предшествовало этому, как приходил врач, как он ехал в больницу, однако помнит, что в квартиру рвались «бандиты», от которых он оборонялся: спасался бегством. Критика к галлюцинациям восстанавливается постепенно.
При делириозном состоянии могут быть светлые промежутки, когда на короткий период сознание проясняется. Это чаще наблюдается в утренние часы или при активном привлечении внимания больного, при разговоре с ним. Оставленный в покое, он снова начинает галлюцинировать.
Делирий обычно проходит после длительною сна (16—18 ч), но к следующей ночи возможны рецидивы галлюцинаторных переживании.
Выделяют несколько разновидностей делирия: неразвернутый, или абортивный, при котором наблюдаются иллюзии и галлюцинации, но ориентировка сохраняется, длительность этого периода до нескольких часов. Наиболее тяжелыми вариантами делирия являются муситирующий (бормочущий) и профессиональный, сопровождающиеся глубоким помрачением сознания. При муситирующем делирии наблюдается беспорядочное, хаотическое возбуждение, обычно в пределах постели, речь бессвязная, бормочущая с выкрикиванием отдельных слов или слогов. Часто имеют место бессмысленные хватательные движения, больной теребит одежду, простыню, «обирается».
При профессиональном делирии у больного наблюдаются автоматизированные двигательные действия: он забивает несущест-

вующие гвозди, строгает, пилит и т.д. Галлюцинаторные переживания менее отчетливы и более стереотипны.

Делириозные помрачения сознания наблюдаются при хронических интоксикациях, инфекционных и соматических заболеваниях, интоксикации при ожоговой болезни, черепно-мозговых травмах и других органических заболеваниях головного мозга. Несмотря на яркость психопатологических проявлений, В.А.Гиляровский считал, что это реакция относительно сохранного мозга.

Онейроидное помрачение сознания (онейроид, сновидное, грезопо-добное). Онейроид — это помрачение сознания с наплывом непроизвольно возникающих фантастических сновидно-бредовых представлений в виде законченных по содержанию картин, следующих в определенной последовательности и образующих единое целое. Это состояние сопровождается частичной или полной отрешенностью от окружающего, расстройством самосознания, де-прессивным или маниакальным аффектом, признаками катато-нии, сохранением в сознании содержания переживаний при амнезии на окружающие события.

Если неправильное поведение больного в состоянии делирио-за не заметить нельзя, то онейроидное состояние сознания часто просматривается, так как наблюдается несоответствие между фантастическими переживаниями и поведением больного.

На первых этапах развития онейроида наблюдаются нарушения сна, затем бред инсценировки: все воспринимается как специально подстроенное, как будто бы для больного специально разы-грываются сцены. В этом периоде имеет место двойная ориентировка; больной живет как бы в двух мирах, двух планах, в реальной ситуации и другой вымышленной, фантастической. При этом события причудливо переплетаются в сознании.

Больной может говорить, что, с одной стороны, он понимает, что находится в больнице, но с другой — думает, что это не больница, а специальный «центр по подготовке космонавтов», космическая станция или еще что-то необычное и фантастическое. В это время наблюдаются симптомы положительного и отрицательного двойника. Лица воспринимаются не как реальные, а как подставные, играющие иную роль специально для больного. В последующем начинает нарастать фантастическая бредовая симптоматика. Часто у больных имеется убеждение в исключительности своего существования и предназначения: они призваны спасти планету, цивилизацию, создать новое общество, сделать людей счастливыми, защитить нашу землю от врагов, иногда ощущают себя в центре борьбы добра со злом (манихейский бред). Больные видят себя в других мирах, на других планетах, в аду, в раю, с помощью машины времени переносятся в будущее или далекое про-

шлое. Фантастическое причудливым образом переплетается с реальными событиями. Так, больная видит себя на арене Колизея, она рабыня, которую должны уничтожить, видит, как бежит, спасаясь, под рев зрителей. Одновременно видит, как по арене скачет войско на великолепных белых конях, воины одеты в прекрасные золотые доспехи и во главе войска на белом коне заведующая отделением, где находится больная. Поведение больных не соответ-ствует их переживаниям. Больные лежат в постели в субступороз-ном состоянии, иногда имеет место восковая гибкость. Некоторые больные бродят по отделению с «зачарованной улыбкой», контакт с окружающими бывает нормальным, ответы чаще односложные, но иногда удается выявить некоторые фантастические переживания.

Таким образом, для онейроида характерна отрешенность от окружающего мира с погружением в фантастические бредовые переживания, двойная ориентировка, исключительность собственной миссии, несоответствие переживаний и поведения больного.

Онеироид может продолжаться несколько недель. В памяти больных обычно сохраняются фантастические переживания, о реальных событиях воспоминания чаще отсутствуют или больной помнит отдельные фрагменты. В ряде случаев наблюдаются непроизвольные фантастические представления о космических полетах, войнах, путешествиях, не сопровождающиеся дезориентировкой (ориентированный онеироид).

Онейроидное помрачение сознания наблюдается, как правило, при приступообразной шизофрении и значительно реже — при других заболеваниях.

Аменция — аментивное помрачение сознания (от лат. amentia — безумие), характеризуется растерянностью с аффектом недоумения и инкогеренцией (ассоциативная бессвязность) и проявляется в невозможности в целом воспринимать происходящие события, улавливать связь между предметами и явлениями. Больные схватывают отдельные фрагменты ситуации и не могут связать их в единое целое. По выражению Е.А.Попова, больной в состоянии аменции —

это человек в разбитых очках, т.е. все им воспринимается по кусочкам, отдельно. Речь больного бессвязна, больные произносят бессмысленный набор слов, носящий часто обыденный характер, наблюдаются персеверации, бредовые идеи либо отсутствуют, либо отрывочны, аффект неустойчив, характерно беспорядочное двигательное возбуждение с хореоподобными гиперкинезами.
Наблюдается грубая дезориентировка вместе, времени и собственной личности. Больные не только не могут сказать, где они находятся, но и оценить ситуацию в целом. Воспоминания о периоде аменции отсутствуют.

Появление на фоне аменции в ночное время делириозных переживаний свидетельствует в пользу экзогенной природы амен-тивного помрачения сознания
Аменция наблюдается при тяжелых хронических соматических заболеваниях, при хронической раневой инфекции, органических заболеваниях головною мозга, реже — при реактивных психозах и шизофрении. Аменция может продолжаться несколько недель и месяцев.
Сумеречное помрачение сознания. Это внезапно возникающее и внезапно прекращающееся помрачение сознания с последующей амнезией, при котором больной может совершать взаимо-связанные, последовательные действия, обусловленные часто бредом, галлюцинациями, бурными аффектами страха, отчаяния, злобы. Если делирий можно определить как иллюзорно-галлюцинаторное помрачение сознания, а онейроид — как грезоподобное, то для сумеречного помрачения сознания нет такого общего определения. Однако есть признаки, характеризующие это помрачение сознания: пароксизмальность возникновения и прекращения; сохранность автоматизированной деятельности; полная амнезия на период сумеречного помрачения сознания.
При амбулаторном автоматизме сумеречное состояние наступает внезапно, но, несмотря на грубую дезориентировку, больные могут сохранять способность к упорядоченному поведению. В таком состоянии больной может выйти из дома и через несколько часов обнаружить, что он находится в другой части города или в другом городе, куда не собирался ехать. При этом всю дорогу он вел себя достаточно адекватно, ехал в транспорте, покупал билет, отвечал на вопросы, возможно, казался несколько рассеянным, но своим поведением не привлекал внимания.
При наличии бреда и галлюцинаций поведение больного становится крайне опасным, так как действия его обусловлены психопатологической симптоматикой или острейшими аффектив-ными состояниями с переживанием ярости или отчаяния.
Фуги и трансы — кратковременные состояния амбулаторного автоматизма.
Абсанс (от франц. absence — отсутствие) — кратковременная потеря или угнетение сознания с последующей амнезией. Выключение сознания действительно очень кратковременно. Например, во время беседы больной останавливается и замолкает, однако на вопрос. «Что с тобой?» — он тут же отвечает: «Ничего» — и продолжает беседу. Сам больной чаще не замечает эти состояния или говорит, что у него бывают «отключения»
Выделяют несколько вариантов абсанса: атонический, характеризующийся потерей мышечного тонуса и внезапным падени-

ем, гипертонический — с повышением мышечного тонуса, который проявляется обычно сочетанным разгибанием головы и отведением глазных яблок кверху, иногда выгибанием туловища на-щд; субклинический — с неполной потерей сознания, энуретичес-кий — с непроизвольным упусканием мочи.
Сумеречные состояния сознания и абсансы в том числе наблюдаются при эпилепсии, органических заболеваниях головного мозга.

11.1.6. Сравнительно-возрастные особенности нарушений сознания

Нарушение сознания у детей зависит от возрастного этапа формирования сознания Так, в период предметного сознания нарушения малодифференцированны, отчет о них получить не уда-С1ся. О его наличии можно судить только по поведению ребенка. Например, ребенок ночью вскакивает, громко кричит, от кого-то отмахивается, на вопросы и уговоры не реагирует. Через несколько минут состояние проходит, он оглядывается по сторонам, объяснить, что с ним было, не может. При таком поведении можно мподозрить сумеречное помрачение сознания.
Для детей в возрасте до 3 лет наиболее характерно состояние оглушенности, для которого типично снижение активности во нсех психических проявлениях. Выраженность оглушенности чаще бывает незначительной, поэтому такое состояние оценивается как обнубиляции. В этом состоянии ребенок заторможен, реакции замедлены, внимание привлекается с трудом, интереса

ни к чему не проявляет, безразличен к приходу матери, игрушкам.
Для индивидуального периода формирования сознания нарушения более разнообразны, однако, чем моложе ребенок, тем чаще наблюдаются состояния оглушенности.
Делирий в этом возрасте отличается стертостью, фрагментарностью, меньшей длительностью, отсутствием последовательное-ш в его развитии, наличием иллюзий и галлюцинаций воображе-ния, отражающих аффективно-окрашенные переживания Ребенок говорит, будто бы он видел, что на кровати лежала красивая кукла или маленькая собачка, уверяет, что приходила мама Ребенок не может ответить, было это во сне или наяву.
Сумеречные состояния в этом возрастном периоде кратковре-менны и не развернуты. Чем моложе ребенок, тем больше в струк-iуре сумеречного состояния выражены компонент автоматизированных движений и действий, что соответствует психомоторному уровню реагирования в этом возрасте Наиболее часто встречаются оральные автоматизмы (жевание, глотание, чмоканье, облизы-иание) или однообразные действия руками (поглаживание, пере-бирание пальцами).

На этапе формирования коллективного сознания (9—16 лет) наиболее характерен делириозный синдром В этом возрасте можно выделить стадии в развитии делирия. На пределириозной стадии ребенок становится двигательно-беспокоиным, пугливым, обидчивым, затем появляется склонность к иллюзорному восприятию, иллюзии носят устрашающий характер, появляются гипнагогические галлюцинации. Для стадии истинных галлюцинаций типичны мелкие зооптические галлюцинации, больной видит насекомых — мух, муравьев, пчел, иногда кошек, собак. Такого рода галлюцинации чаще наблюдаются при различных интоксикациях, особенно атропиноподобными препаратами.
Онейроидные состояния в этом возрасте еще не полностью развернуты, чаще имеет место ориентированный онейроид, однако в пубертатном возрасте наблюдаются типичные переживания, когда больные видят себя участниками фантастических событии, на войне, в космосе Воспоминания об этих переживаниях сохраняются, но чаще носят отрывочный характер
Сумеречные состояния в подростковом возрасте часто сопровождаются аффективными расстройствами, переживанием страха, злобы, отчаяния с агрессивным поведением.
В юношеском возрасте (5-й этап формирования сознания — 16—22 года) наблюдаются все клинические варианты расстройств сознания, характерные для зрелого возраста.

11.2. Нарушения самосознания

Самосознание — выделение человеком себя из объективного мира, это — личное тождество, идентичность, постоянство своею «Я»
Самосознание (частная сторона сознания) — это не только осознание своей личности, но и своего тела, и своих психических функций во всем их разнообразии (мысли, чувства, желания, интересы и т.д.) Оно включает в себя также осознание своею отношения к миру, своей деятельности в нем. Создавая в процессе своего труда какие-то ценности, человек отличает себя от предметов этой деятельности.
Самосознание, характеризуясь чувством единства собственно «Я», постоянством его, тем не менее сопровождается стремлением к анализу собственных мыслей, поступков, переживаний, способностью оценивать себя, смотреть на себя как бы со стороны Аналитическое размышление по поводу собственных мыслей, переживаний, поступков, обычно полное сомнений и колебаний, называется рефлексией.
Самосознание в процессе онтогенеза формируется постепенно.
И.М.Сеченов в «Рефлексах головного мозга» так охарактеризовал формирование самосознания: «...из детского самочувствия родится в зрелом возрасте самосознание, дающее человеку воз-

можность относиться к актам собственного сознания критически, т.е отделять все свое внутреннее от всего происходящего извне, анализировать его и сопоставлять (сравнивать) с внешним, — словом, изучать акт собственного сознания».
Этап формирования аллопсихического самосознания (способность ребенка выделять себя из окружающей среды) условно начинается с появления в речи местоимения «Я». Это происходит в возрасте 3 ле г.
Этап формирования соматопсихического самосознания (способность оценивать свое физическое «Я») условно начинается с умения ребенка правильно идентифицировать правую и левую стороны применительно к себе и окружающим. Это обычно появляется в 6—7-летнем возрасте.

Полная идентичность, постоянство своего «Я» (самосознание) формируется к подростковому периоду.
К 12—14 годам у подростка появляется способность оценивать свое психическое «Я» — начинает формироваться аутопсихичес-кое самосознание. Знание этапов формирования самосознания необходимо для правильной оценки деперсонализации.

11.2.1. Деперсонализация

Нарушение самосознания, выражающееся в отчуждении от самого себя, называется деперсонализацией (от лат. de — приставка, означающая отделение, удаление, отмену, и лат. persona — особа, личность). Чувство отчуждения от собственного «Я» может касаться как личности в целом, так и отдельных психических и соматических функции
Витальная деперсонализация — клинически наиболее тяжелая, когда у больного исчезает само чувство жизни: «я как мертвая», «не пойму, живу я или нет», «я вроде бы и не существую совсем».
Аутопсихическая деперсонализация — отчуждение психических функции, своего «Я» «я стал каким-то другим, чувствую это, а описать не могу», «это и я, и не я», «мысли как в тумане», «мысли не мои», «речь свою слышу как бы со стороны», «не пойму, хочу я спать или нет», «не пойму, спала я или нет», «все чувства куда-то исчезли».
Иногда чувство отчуждения касается какого-то периода жизни больного, а может быть, и всего его прошлого. Например, больная заявляет: «Мое прошлое, это как бы и не мое прошлое».
К кругу аутопсихических деперсонализационных расстройств относится и anaesthesia dolorosa psychica — болезненная психическая нечувствительность (чувство мучительного бесчувствия), когда больного ничто не радует, не печалит, его не трогают страдания близких, их успехи и это для него очень тягостно, мучительно.

Больная 43 лет, находясь в клинике, очень ждала приезда своего сына, военного по специальности, которого несколько лет не видела. После свидания с сыном она горько плакала «Он пришел, мои единственный, горячо любимый сын, а во мне никакой радости, я ничего не почувствовала, была как деревянная, это так ужасно, так мучительно»
Соматопсихическая деперсонализация — выражается в виде чувства чуждости собственного тела л ибо отдельных его частей или даже их исчезновении. Этот вид деперсонализации необходимо дифференцировать от патологии в виде «расстройства схемы тела».
При соматопсихической деперсонализации нет ощущения изменений пропорций или размеров тела, больные просто не чувствуют его (или частей его): «ног вроде бы у меня нет», «знаю, что голова лежит на подушке, а как будто бы и нет ее».
Больной не может понять, сыт он или голоден, есть у него позывы на акт мочеиспускания или дефекации или нет. Например, больная с длительной задержкой мочи после катетеризации не испытала никакого облегчения, хотя было спущено около 3 л мочи.
Деперсонализация нередко сочетается с дереализацией, что дало основание некоторым авторам объединить их в единый синдром деперсонализации, называя при этом дереализацию ал-лопсихической деперсонализацией. Это положение имеет исторические корни, так как первоначально дереализация была описана в рамках деперсонализации.
Такая идентификация в дальнейшем была вряд ли оправдана, так как дереализация — нарушение перцепции, а деперсонализация — самосознания. Поэтому, когда имеются оба этих феномена, правильнее говорить о синдроме деперсонализации—дереализации (Морозов В.М. и др.).
Деперсонализация в виде отдельных элементов соматопсихи-ческого характера может встречаться у детей с 8—10 лет, но в типичном своем виде феномен отчуждения появляется только с подросткового возраста.
Субъективно деперсонализация всегда неприятна, тягостна для больных. В том или ином виде она может встречаться практически при всех заболеваниях, то существуя длительно, то возни-кая приступами.
В виде отдельных эпизодов феномен отчуждения может встречаться и у здоровых людей в связи с перенапряжением, утомлением, волнением, недосыпанием.
Подросток 15 лет, очень волновавшийся перед экзаменами и практически не спавший несколько ночей подряд, вдруг со страхом сказал матери. «У меня отказали ноги, я их не чувствую». Подсевшая к его кровати мать, казалось, находилась где-то очень далеко. Через несколько минут все это прошло.

Глава 12. НАРУШЕНИЯ ЛИЧНОСТИ

В психологии существует множество определений понятия «личность». Для медицинских целей (психотерапия, психологическая коррекция, психологическая диагностика) в нашей сгране широко используется понимание личности с позиций «психологии отношении», созданной в школе В.М.Бехтерева его учениками—психиатрами и психологами А.Ф.Лазурским и В.Н.Мясищевым. Личность определяется как система, совокупность, «ансамбль» отношений к окружающему, прежде всего социальному и к самому себе. Каждое отношение вырабатывается в онтогенезе, значительную роль в этом процессе hi рают условнорефлекторные механизмы. Основой личности является характер. В значительной мере он определяется наследственными задатками, но окончательно формируется под влиянием воспитания, а искажаться может при неблагоприятном воздействии различных факторов — от хронической психической травматизации до органических поражений головного мозга.

12.1. Преморбидные типы личности

Преморбидный тип личности подразумевает ее основные черты, тип характера до того, как возникло психическое расстройство. Этот тип обычно описывается со слов как самого больного, так и его близких при изложении анамнеза жизни. Оценка пре-морбидного типа важна для диагностики (риск отдельных психических расстройств неодинаков при разных типах), прогноза и выбора методов психотерапии и реабилитации.

Одной из наиболее известных и разработанных систематик типов личности, удобных для оценки преморбидных черт, является классификация «акцентуированныхличностей» немецкого психиатра Карла Леонгарда. В основе этих типов лежат акцентуации характера, т.е. чрезмерное усиление отдельных его черт, вследствие чего обнаруживается избирательная уязвимость в отношении определенного рода психогенных воздействий при хорошей и даже повышенной устойчивости к другим. Акцентуированные личности (в отличие от психопатий, расстройств личности) — это крайние варианты нормы. В развитых странах к ним можно отнести более половины популяции.

Описаны следующие основные типы акцентуированных личностей и акцентуаций характера (по К. Леонгарду и А.Е. Личко).

Гипертимный тип. Лица с этим типом личности отличаются почти всегда приподнятым настроением, высоким жизненным тонусом, активностью, брызжущей энергией. Короткие вспышки раздражения и гнева у больных вызывают противодействие окружающих, подавление их бурной деятельности, желания во все вмешиваться. Больные стремятся к самостоятельности и независимости, но тяготятся одиночеством и вынужденным бездельем. Они находчивы, умеют ловчить и изворачиваться, но плохо переносят жесткую дисциплину и регламентированный режим; неразборчивы в выборе знакомств. Увлекаясь новым, они часто не доводят начатого до конца. Склонны к переоценке своих способностей и возможностей, чрезмерно оптимистичны в отношении будущего, но плохо справляются с работой, требующей усидчивости и аккуратности.

Циклоидный, или аффективно-лабильный, тип. Для этого типа личности характерна смена периодов подъема, когда больные ведут себя как гипертимы, периодами спада настроения и тонуса. Во время последних у больных отмечаются вялость, упадок сил, падение работоспособности, они становятся малообщительными и бездеятельными. Самые незначительные неприятности в эти периоды переживаются очень тяжело. Между подъемами и спадами могут быть продолжительные периоды ровного настроения. Длительность периодов — от нескольких дней до нескольких месяцев.

Эмоционально-лабильный (эмотивный, аффективно-экзальтированный) тип. Главной чертой людей с этим типом личности являются крайняя изменчивость настроения, перепады которого происходят даже от ничтожного повода. От настроения же зависят самочувствие, работоспособность, общительность и отношение ко всему. Больные тяжело переживают неприятности, склонны к невротическим реакциям. Они искренне привязаны к тем, от кого видят заботу и внимание. Отмечается большая потребность в эмоциональных контактах, сопереживании.

Сенситивный (тревожный, боязливый) тип. Главными чертами людей с этим типом личности являются большая впечатлительность и чувство собственной неполноценности. Среди посторонних и в незнакомой обстановке больные робки и застенчивы. Общительны с теми, к кому привыкли. У них сильно развито чувство долга, ответственности. В себе видят множество недостатков и стремятся их перебороть, утверждая себя не там, где могут раскрыться их действительные способности, а именно в той области, где они слабы, например робость и

застенчивость стараются преодолеть, занимая общественные посты. Тревожность более всего сказывается опасением произвести неблагоприятное впечатление на других. Больные тяжело переживают недоброжелательное отношение к себе окружающих.
Психастенический (педантичный) тип. Лица с этим типом личности сочетают в себе нерешительность, склонность к рассужда-тельству с тревожной мнительностью в виде опасений за будущее свое и своих близких. Педантизм и формализм становятся защитной реакцией от постоянной внутренней тревоги. Они питаются мыслью, что если не уклоняться от заведенного порядка, от намеченного плана, то ничего плохого не случится. Другой защитной реакцией становятся придуманные приметы и ритуалы. Нерешительность сочетается с нетерпеливостью, когда решение уже принято. Больные склонны к самоанализу и самокопанию. Тяжелой нагрузкой для них является ответственность, особенно когда отвечать надо не только за себя, но и за друг их.
Шизоидный (интровертированный) тип. Это тип личности известен как образец замкнутости. Хотя формальные контакты у людей с этим типом обычно не затруднены, однако непосильной задачей для них обычно оказываются эмоциональные контакты. Замкнутость сочетается с внешней сдержанностью и даже холодностью. Недостаток сопереживания проявляется в неумении откликнуться на радость, печаль или опасения другого человека. Обнаруживается также недостаток интуиции — неумение понять чужие переживания, догадаться о невысказанных вслух желаниях или тревогах других людей, почувствовать симпатию или неприязненное отношение к себе. Они живут обычно внутренним миром, который заполнен увлечениями и фантазиями. Увлечения (хобби) отличаются необычностью, силой и постоянством. Больные фантазируют про себя, с другими своими фантазиями не делятся. Отличаются также независимостью и склонностью к нонконформизму.
Эпилептоиднып (эксплозивный, возбудимый) тип. Лица с этим гипом личности обычно отличаются склонностью к коротким периодам злобно-тоскливого настроения с накипающим раздражением и поиском объекта, на котором можно «сорвать зло». В эти периоды особенно проявляется аффективная взрывчатость. Аффекты не только сильны, но и продолжительны, и больные во время них способны доходить до безудержной ярости. Очень сильны инстинкты, особенно сексуальное влечение. Склонность к сексуальным эксцессам сочетается с сильной ревностью, а иногда с садистскими и мазохистскими наклонностями. В отношении к окружающим проявляется властность. Все поведение — от моторики и эмоциональности до мышления и личностных ценностей — отличается тяжеловесностью, тугоподвижностью, инертностью. Мелочная аккуратность, дотошное соблюдение правил, допекающий других педантизм сочетаются с бережливостью, расчетливостью и злопамятностью.
Истероидный (демонстративный, гистрионический) тип. Лица с этим типом личности обращают на себя внимание ненасытной жаждой быть в центре внимания. Этому служат лживость и фан-тазирование, склонность к рисовке и позерству, наигранно-преувеличенная экспрессия эмоций, чрезмерная драматизация событий. С этим же связаны претензия на исключительное положение среди окружающих, а также высокий уровень притязаний в отношении своего будущего. Хорошие актерские способности позволяют вживаться в придуманную роль и вводить в заблуждение доверчивых людей. Нередко приписываемая истероидам внушаемость весьма избирательна — распространяется лишь на то, что способно привлечь внимание других и покрасоваться перед ними. Больные любят менять компании приятелей, уверяя, что «разочаровались» в прежних.
Неустойчивый тип. Для личностей этого типа характерна постоянная гедонистическая установка — непрерывная повышенная тяга к удовольствиям, развлечениям, праздности, безделью. Они стремятся уклониться от любого труда, от исполнения обязанностей и долга. Живут сегодняшним днем, никаких долгосрочных целей перед собой не ставят. Любые упорные занятия их отталкивают. Настоящих привязанностей никогда ни к кому не испытывают — ни к родным, ни к друзьям. Ни в кого не влюбляются — сексуальная жизнь служит лишь одним из путей к получению удовольствия. Их привлекают любые асоциальные компании, сулящие развлечения. Трусливость и недостаточная инициативность обрекают их на подчиненную роль. Они часто начинают злоупотреблять спиртными напитками и другими дурманящими веществами. От трудностей, неприятностей и испытаний стараются убежать.
Конформный тип. Этот тип представлен людьми «своей среды». Их жизненное правило думать, поступать, жить, «как все», т.е. как привычное окружение, поэтому они полностью оказываются продуктом своей микросреды. В хорошем окружении это неплохие люди и работники, в неблагоприятной среде они могут легко спиваться и вставать на путь преступлений. Конформность во всем к своему окружению сочетается с консерватизмом, обусловленным трудностью адаптации к новым условиям, необычной среде, новым веяниям, с отсутствием

личной инициативы, предпочтением всегда идти привычным путем, действовать по затверженным трафаретам. Другой чертой является поразительная некритичность: как истина воспринимается все то, что поступает по привычным каналам информации. Больные теряют душевное равновесие при крутых переменах в жизни, когда они лишаются привычного общества.

Смешанные типы весьма распространены. Они могут быть промежуточными, когда черты двух типов прослеживаются с юных лет, иногда с детства (например, смешанный истеро-эпилептоидный тип), или амальгамными, когда на основу одного типа вследствие длительного неблагоприятного влияния среды наслаиваются черты другого типа (например, воспитание в условиях жестоких взаимоотношений в окружении способствует напластованию некоторых эпилептоидных черт на основу других типов).

12.2. Расстройства личности

Расстройства личности (психопатии) — патологические характеры, описание которых дается в главе 32. Они могут быть конституциональными (наследственно обусловленными) или формироваться вследствие продолжительного особо неблагоприятного влияния среды, чаще в детстве или подростковом возрасте.

Патологическое развитие личности проявляется нарастающими ее изменениями по определенному типу вследствие психической травматизации, адресующейся к «месту наименьшего сопротивления» данного типа акцентуации характера. В крайних случаях изменения личности при таких развитиях могут достигать уровня психоза, когда утрачивается способность отдавать отчет в своих действиях и руководить ими.

Особую группу составляет патологическое развитие личности, обусловленное тяжелыми физическими дефектами (слепота, глухота, врожденные параличи и т.д.).

Личностные дефекты возникают как последствия тяжелых психических заболеваний или органических поражений головного мозга. Возникающие изменения отличаются стойкостью. Различают несколько типов личностных дефектов: шизофренический, эпилептический, органический и др., картина которых описывается в соответствующих главах.

Глава 13. ЛЕЧЕНИЕ, РЕАБИЛИТАЦИЯ И ОСНОВЫ ПСИХОПРОФИЛАКТИКИ

Способы лечения психических расстройств принято разделять на биологические и психотерапевтические.

13.1. Биологическая терапия психических расстройств

К биологическим относятся те методы лечения, которые оказывают терапевтическое действие на биологическом уровне.

Чаще эти методы полностью или частично редуцируют клинические проявления психической патологии (симптоматическое лечение), реже они влияют на этиологию и патогенетические механизмы психических расстройств (этиологическая и патогенетическая терапия).

Биологические методы лечения психических расстройств разнообразны. К ним относятся психофармакотерапия, шоковые методы (инсулинокоматозная и электросудорожная терапия), применение противосудорожных средств при эпилепсии, препаратов, подавляющих влечение к наркотикам, при наркоманиях, антибиотиков при прогрессивном параличе, фототерапия (светолечение) депрессий, терапия депрессий депривацией (лишением) сна.

В психиатрии используются различные биологические методы лечения, заимствованные из других областей медицины: лазерная терапия, иглорефлексотерапия, физиотерапия, лечение гормональными препаратами, иммунокорректорами, витаминами. Эти методы самостоятельного значения не имеют, используются как дополнительные в комплексной терапии психических расстройств.

Среди биологических методов лечения, применяемых в психиатрии, центральное положение занимает психофармакотерапия.

13.1.2. Психофармакотерапия

13.1.2.1. Общие положения

К психотропным препаратам относятся лекарственные средства, обладающие способностью устранять (полностью или частично) те или иные психопатологические проявления, а иногда и оказывать определенное положительное влияние на патогенетические механизмы психических расстройств.

История психофармакотерапии началась в 1952 г., когда французские врачи Делей и Деникер,

получив сведения о выраженных седативных свойствах хлорпромазина (аминазина), успешно применили этот препарат у больных с психомоторным возбуждением. Вскоре началась интенсивная работа по синтезированию психотропных средств и их внедрению в психиатрическую практику.

К настоящему времени психотропные препараты заняли ведущие позиции в биологической терапии психических расстройств.
К достоинствам психотропных средств относятся быстрое действие, возможность длительного, в том числе амбулаторного применения, наличие набора препаратов, устраняющих разные психопатологические проявления, существование различных способов введения.
Часть препаратов применяется как перорально, так и парентерально (внутримышечно, внутривенноструино и капельно). Нередко используются психотропные средства пролонгированного действия. Некоторые из них вводятся больному всего один раз в 2—4 недели.
Благодаря широкому применению психотропных средств, которые нередко быстро купируют речедвигательное возбуждение, агрессию, другие проявления острых психозов, упорядочивают поведение психически больных в целом, радикально улучшилась обстановка в психиатрических учреждениях. Еще более важно то, что появилась возможность во многих случаях не прибегать к стационарному лечению психически больных, а ограничиться амбулаторной психофармакотерапией. За счет проведения поддерживающей и противорецидивной терапии психотропными средствами, сократились не только количество, но и продолжительность госпитализации, увеличилась длительность ремиссий.
Психофармакотерапия позволяет у части психически больных отдалить сроки инвалидизации или избежать ее, улучшить социальную адаптацию и качество жизни больных.
Вместе с тем, психофармакотерапия не лишена ряда недостат ков.
Во-первых, значительная доля больных, которым назначаются психотропные средства, уклоняются от их приема, особенно в амбулаторных условиях.
Во-вторых, большинство психофармакологических препаратов обладает преимущественно симптоматическим действием, нивелирует клинические проявления психических расстройств, существенно не влияя на их патогенез. Соответственно ремиссии, возникающие на фоне психофармакотерапии, нередко оказываются весьма поверхностными, неустойчивыми. Для их стабилизации, продления требуется долгий, нередко многолетний прием психотропных препаратов.
В-третьих, некоторые классы психотропных средств (транквилизаторы, психостимуляторы) при длительном применении могут вызывать психическую, а иногда и физическую зависимость.
Однако в целом достоинства психофармакотерапии существенно превалируют над недостатками.
Диапазон разовых и суточных доз большинства психотропных средств очень значителен. При характеристике конкретных пре-

паратов будут приведены наиболее употребительные активные дозы препаратов для перорального применения. Эти дозы иногда могут быть превышены при особой остроте, тяжести психических расстройств, их терапевтической резистентности. При малой выраженности психических нарушений, наличии относительных противопоказаний, разовые и суточные дозы психотропных средств могут быть значительно ниже указанных.
При парентеральном введении препаратов разовые и суточные дозы чаще всего составляют половину от тех доз, которые назначаются перорально. Детям до 6 лет назначают от 1/8 до 1/4, от 6 до 15 лет 1/2 дозы взрослых. При лечении психических расстройств у лиц позднего возраста дозы большинства препаратов также существенно сокращаются.

13.1.2.2. Классификация психотропных средств

Классификация психофармакологических препаратов основана, в первую очередь, на их ведущих клинических эффектах. Она включает 6 классов психотропных средств: 1) нейролептики; 2) антидепрессанты (тимоаналептики); 3) транквилизаторы; 4) психостимуляторы; 5) ноотропные препараты (препараты нейрометабо-лического действия); 6) стабилизаторы аффекта (нормотимики).
В рамках отдельных классов психотропных средств принято выделять группы препаратов, с учетом особенностей их клинических эффектов, химической структуры, механизмов действия.

13.1.2.2.1. Нейролептики

Клиническое действие и показания к применению. К нейролептикам относят препараты с антипсихотическим действием. Клинические эффекты нейролептиков разнообразны, но наиболее значимы из них следующие:
1) общее антипсихотическое действие — присущая ряду наиболее мощных нейролептиков, способность глобально воздействовать на психоз, купировать, «обрывать» психотические приступы в целом, а иногда и задерживать, приостанавливать прогресси-рование хронических и рецидивирующих психозов, в первую очередь, шизофрении;
2) выраженные седативные свойства, способность устранять различные виды психомоторного возбуждения;
3) избирательное антипсихотическое действие в виде полной или частичной редукции продуктивной психотической симптоматики (бред, галлюцинации, психические автоматизмы);
4) способность коррегировать расстройства поведения.
Кроме того, многим нейролептикам присущи и другие клинические действия: противотревожные (анксиолитические) свойства, снотворный, некоторый противосудорожный, гипотензив-

ный, гипотермический эффекты, потенцирование действия ана-лгезирующих, наркотических средств; соматотропные эффекты, используемые влечении ряда висцеральных заболеваний.
Показания к применению нейролептиков: любое психомоторное возбуждение (маниакальное, кататоно-гебефренное, гал-люцинаторно-бредовое, делириозное, тревожное, психопатическое); все галлюцинаторно-бредовые синдромы (паранойяльный синдром, острые и хронические галлюцинозы, синдром психического автоматизма, парафренный синдром); расстройства поведения, особенно возбудимого, истерического типа.
Нейролептики используются при психозах любой этиологии, однако основную массу больных, получающих нейролептики, составляют больные шизофренией.
В невысоких дозах нейролептики применяются при невротических, неврозоподобных, психосоматических и других непсихотических расстройствах.
Побочные действия, осложнения и противопоказания к нейролептической терапии.
К наиболее актуальным соматическим побочным эффектам относятся артериальная гипотония и ортостатические коллапсы, лейкопения, агранулоцитоз, увеличение массы тела, эндокринные сдвиги.
Из неврологических расстройств особенно характерны пар-кинсоноподобные расстройства (нейролептический синдром). Из-за высокого риска возникновения паркинсоноподобных рас-стройств большинство нейролептиков практически всегда применяются в сочетании с антипаркинсоническими средствами (цик-лодолом, его аналогами, акинетоном).
Возможно развитие акатизии (субъективно тягостной неусидчивости, лишних движении) и приступообразных неврологических расстройств в виде тонических судорог глазных мышц, мышц лица, шеи, языка. При длительном применении значительных доз нейролептиков иногда возникают трудно поддающиеся лечению поздние дискинезии (тикоподобные гиперкинезы с преимущественной локализацией в области головы и шеи, кривошея, блефа-роспазм).
Редкое, но опасное осложнение — злокачественный нейролептический синдром в виде помрачения сознания, речедвига-гельного возбуждения, гипертермии, острых соматовегетативных и неврологических дисфункций.
Психопатологические побочные эффекты выражаются в нейролептических депрессиях и в однообразии эмоциональных реакций, вялости, замедлении, монотонности психических процессов в целом.
Возможны кожные аллергические реакции у больных и контактные дерматиты у медицинского персонала.

Противопоказаниями для применения большинства нейролептиков являются декомпенсация сердечно-сосудистых заболеваний, тяжелая патология печени и почек, лихорадка, алкогольное и наркотическое опьянение, паркинсонизм, закрытоугольная глаукома, аденома предстательной железы, беременность и кормление грудью.
Прием нейролептиков несовместим с управлением транспортом и с другими видами деятельности, требующими высокой концентрации внимания и быстрых психомоторных реакций.
Механизмы действия нейролептиков. Лечебные эффекты нейролептиков связывают с их блокирующим влиянием на церебральные нейромедиаторные системы: особенно на дофаминерги-ческую и серотонинергическую и, в меньшей степени, — на нора-дренергическую

и холинергическую. С нейрофизиологических позиций, клинические эффекты нейролептиков объясняются торможением подкорковых структур мозга, включая ретикулярную формацию, которая активирует деятельность коры головного мозга. В результате снижаются напряжение, скорость нейрофизиологических процессов в коре, что способствует редукции бреда, галлюцинаций и других психотических проявлений.
Систематика нейролептиков и клиническая характеристика препаратов. С учетом преобладающих лечебных эффектов, различают три группы нейролептиков: 1) нейролептики с преимущественно седативным действием; 2) нейролептики с преобладанием антипсихотических свойств; 3) нейролептики — корректоры поведения.
Нейролептики с преимущественно седативным действием
Препараты этой группы обладают выраженными общеуспокаивающими, затормаживающими, противотревожными, снотворными, миорелаксирующими свойствами при меньшей антибре-довой и антигаллюцинаторной активности.
Хлорпромазинх (аминазин)2 — один из наиболее мощных нейро-лептиков-седатиков. Обладает общим антипсихотическим действием. Используется в виде внутримышечных инъекций при различных вариантах речедвигательного возбуждения, острых галлю-цинаторно-бредовых психозах, при тревоге с ажитацией, аффективной напряженности, злобности, агрессивности, тяжелых расстройствах сна у психотических больных. У больных с двигательной расторможенностью, менее глубокой тревогой, возбудимостью применяется в таблетированной форме. Обнаруживает выраженное гипотензивное действие. Иногда вызывает депрессию.
Суточная доза — 300—600 мг.
Здесь и далее генерическое название препарата гВ скобках приведены наиболее употребительные торговые названия

Левомепромазин (тизерцин) по спектру клинических эффектов и активности близок к аминазину. В отличие от аминазина, не вызывает депрессии. Показания к применению такие же, как у аминазина. Имеет инъекционную форму.
Суточная доза — 75—200 мг.
Сульпирид (топрал) применяется для купирования маниакального и других видов возбуждения, острых галлюцинаторно-бре-довых психозов, интенсивной тревоги, агрессивного поведения. Выпускается в виде таблеток и раствора для инъекций.
Суточная доза — 400—1200 мг.
Клозапин (азалептин, лепонекс) сочетает выраженные седатив-ные и антипсихогические свойства. Показан при острых и особенно при хронических галлюцинаторно-бредовых психозах. Почти не вызывает неврологических побочных эффектов, но соматически переносится хуже большинства других нейролептиков. Самое опасное осложнение — агранулоцитоз. Имеет таблетиро-ванную и инъекционную формы выпуска.
Суточная доза — 100—600 мг.
Хлорпротиксен (труксал) сочетает умеренный седативный и некоторый антипсихотический эффекты. Применяется при алкогольном делирии, аффективном напряжении, тревоге, двигательном беспокойстве, расстройствах поведения. Обладает выраженным противорвотным действием. Имеет инъекционную форму.
Суточная доза - 50—200 мг.
Промазин (пропазин) по клиническим эффектам сходен с аминазином, но менее активен. Вместе с тем, лучше переносится, лишен депрессогенных свойств. В инъекционной форме используется при речедвигательном возбуждении, спутанности у соматически ослабленных больных и лиц позднего возраста.
Суточная доза — 100—600 мг.
Нейролептики с преимущественно антипсихотическим действием
Эта группа нейролептиков устраняет продуктивную психотическую симптоматику. Некоторые из препаратов сочетают выраженные антипсихотический и седативный эффекты. Другие обла-дают активирующим, растормаживающим действием. Для нейролептиков данной группы особенно характерны неврологические побочные эффекты.
Тиопроперазин (мажептил) относится к самым мощным нейролептикам. Обладает выраженным общим антипсихотическим действием, антибредовыми, антигаллюцинаторными и растормa-живающими свойствами. По силе общего антипсихотического действия сопоставим с шоковыми методами лечения. Применяется в таблетках и инъекциях у больных шизофренией при галлю-цинаторно-параноидных и кататонических расстройствах. Ис-

пользование мажептила ограничивается частотой и выраженностью неиролепсии и других неврологических побочных эффектов.

Суточная доза — 20—60 мг.

Галоперидол относится к широко применяемым нейролептикам. Сочетает выраженные антипсихотические и седативные свойства. Используется влечении как острых и хронических гал-люцинаторно-бредовых расстройств, так и маниакального и других видов психомоторного возбуждения. Выпускается в таблетках, каплях и растворе для инъекции.

Суточная доза — 10—60 mi.

Есть пролонгированная форма препарата — галоперидол дека-ноат. Вводится в/м один раз в 2—4 недели.

Трифлуоперазин (шрифшазин, сгпелазин) по влиянию на бред и галлюцинации несколько уступает галоперидолу. В малых дозах обнаруживает некоторый активирующий эффект, используемый при неглубоких вялоапатических состояниях у больных шизофренией. Формы выпуска: таблетки и раствор для инъекции.

Суточная доза — 30—80 мг.

Рисперидон (рисполепт) обладает противобредовым, антигаллюцинаторным, антикататоническим эффектами. Один из немногих препаратов, оказывающих положительное влияние на негативные расстройства (снижение активности, эмоциональное обеднение, проявления аутизма) у больных шизофренией. Редко вызывает побочные неврологические эффекты.

Суточная доза — 2—8 мг.

Оланзапин (зипрекса) применяется при острых и хронических психозах с галлюцинаторно-бредовой симптоматикой. Смягчает негативные изменения личности при шизофрении. Существенное достоинство препарата — практическое отсутствие неиролепсии и других побочных неврологических действии.

Суточная доза — 5—20 мг.

Флупентиксол (флюанксол) - нейролептик с дозозависимыми эффектами. Выпускается в таблетках и капсулах. В малых дозах (до 3 мг) обладает антидепрессальным и противотревожным эффектами. В средних дозах (3—40 мг) имеет четкий антидефицитарный, дезингибирующий эффект. Принимается при лечении негативных расстройств при шизофрении. В высоких дозах (40—150 мг) оказывает мощное антипсихотическое действие. Хорошо переносится больными для преодоления резистентности другим нейролептикам.

Суточная доза — 1 — 150 мг.

Выпускается депонированная форма препарата — флупентиксол деканоат. Вводится в/м с интервалом 2—3 недели.

Зуклопентиксол (юоопиксол) обладает мощным общим и избирательным антипсихотическим эффектом, имеет преходящее седатив-

ное действие, содержит уникальную форму — зуклопентиксола аце-гат(клопиксол-акуфаз), специально созданную для купирования острых состояний (сохраняет активность до 72 часов после инъекции).

Суточная доза — 10—50 мг.

Депонированная форма - зуклопстиксол деканоат - вводится в/м один раз в 2—4 недели.

Этаперашн — относительно мягкий неиролептик-антипсихо-гик. Менее активен, чем большинство выше перечисленных препаратов. Вместе с тем, он реже выпывае! побочные эффекты. Применяется при галлюцинаторно-бредовых расеіропешах, особенно при наличии серьезных сомашческих заболевании и в позднем возрасте. Обладает центральным прогиворвогным действием.

Суточная доза — 20—60 мг.

Модитен-депо — нейролептик пролонгированною действия с достаточно активными антипсихогическими и менее выраженными растормаживающими своисгвами. Особенно часто используется в амбулаторной практике при хронических галлюцинаторно-бредовых, кататоно-ступороных и психопатоподобных расстройствах в рамках шизофрении. Выпускается в виде масляного раствора для инъекций.

Вводится в/м каждые 2—4 недели в дозе 12,5—50 mi.

Дроперидол обладает быстрым, интенсивным, но непродолжительным действием. Основные эффекты: седагивныи, антипсихо-тическии, миорелаксирующии, шпотензивныи, противорвот-ный. Потенцирует действие анальгетиков. В психиатрии применяется редко, главным образом, для купирования психомоторного возбуждения. В основном используется в анестезиологии как средство премедикации и при проведении нейролептаналгезии в сочетании с обезболивающими.

Вводится внутримышечно, подкожно и внутривенно. Разовая доза — 2,5 мг, суточная — до 7,5 мг.
Сульпирид (эглонил) сочетает мягкий антипсихотический эффекте антидепрессивным и активирующим. Используется в комплексной терапии при галлюцинаторно-бредовых и депрессивно-бредовых состояниях, сопровождающихся апатией, вялостью. Нередко применяется в гастроэнтерологии для лечения язвенной болезни желудка (в сочетании с другими способами лечения). Нейролепсию вызывает редко. Имеет инъекционную форму. Суточная доза варьирует от 100 до 1000 мг.
Нейролептики — корректоры поведения
Препараты, у которых среди клинических эффектов на первый план выступает способность полностью или частично устранять расстройства поведения, преимущественно возбудимою или истерического круга. Уменьшают взрывчатость, демонстративность, агрессив-

ные тенденции, расторможение влечений. Антипсихотические свойства выражены относительно слабо. Редко вызывают неиролепсию.
Перициазин (неулептил). Особенно часто используется для коррекции возбудимости и злобной агрессивности, нарушении пищевого поведения, двигательной расторможенности. Широко применяется в детской и подростковой психиатрии. Выпускается в капсулах и каплях.
Суточная доза для взрослых — 20—60 мг.
Тиоридазин (сонапакс, меллерил). Наряду с коррегирующим влиянием на расстройства поведения, обладает умеренными анж-психотическим, седативным и психоактивирующим эффектами. Часто применяется влечении клинически разных субпсихотических, психопатических и невротических нарушении. При длительном применении высоких доз возможно развитие ретинопатии.
Суточная доза — от 50 до 500 мг.

13.1.2.2.2. Антидепрессанты (тимоаналептики)

Основные терапевтические эффекты антидепрессантов.
К тимоаналептикам относят препараты, главное клиническое действие которых заключается в устранении или ослаблении депрессий. У здоровых антидепрессанты не вызывают повышения настроения.
Наряду с ведущим антидепрессивным эффектом, тимоаналептики обладают и другими клиническими действиями.
Одним из них присущи психостимулирующие, активирующие свойства. Другие оказывают седативное, затормаживающее действие. Третьи — не проявляют ни отчетливых стимулирующих, ни седативных свойств. Многие антидепрессанты обнаруживают противотревожное, антифобическое и антиобсессивное действие.
Показания к применению. Основные показания для назначения антидепрессантов — депрессии разной глубины (психотические, непсихотические), с разными клиническими особенностями и любой этиологии (эндогенной, экзогенно-органической, соматической, интоксикационной, психогенной). Кроме того, тимоаналептики используются при тревожных и обсессивно-фобических расстройствах, алкогольной и наркотической абстиненции, нервной анорексии и булимии, психосоматических расстройствах, хроническом болевом синдроме, заболеваниях желудочно-кишечного тракта. «Малые» (мягкие) антидепрессанты и мощные антидепрессанты в невысоких дозах часто назначаются при различных формах неврозов и других непсихотических расстройствах. Антидепрессивный и иные клинические эффекты тимоаналептиков проявляются медленно. Поэтому оценка их эффективности в большинстве случаев возможна через 3—4 недели от начала лечения.
Побочные эффекты и осложнения. Чаще побочные эффекты и осложнения возникают при использовании значительных доз трицик-лических антидепрессантов (имипрамина, амитриптилина, кломи-

прамина). Эти препараты обладают выраженной антихолинергичес-кой активностью. Их применение может сопровождаться приступами тахикардии, экстрасистолиями, колебаниями артериального давления, сухостью слизистых оболочек. Трициклики противопоказаны при тяжелых сердечно-сосудистых заболеваниях, глаукоме, атонии кишечника и мочевого пузыря, аденоме предстательной железы.
Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (па-роксетин, флуоксетин, флувоксамин, сертралин, циталопрам) переносятся лучше. Их побочное действие чаще выражается в диспепсии. В редких случаях возможно развитие серогонинового синдрома в виде

комплекса диспепгических и неврологических (тремор, акатизия, миоклонические проявления, дизартрия) нарушений. Иногда при крайней степени выраженности серотонино-вого синдрома развиваются спутанность сознания, гипертермия, сердечно-сосудистые расстройства. Проявления серотон и нового синдрома в большинстве случаев исчезают в ближайшие 3—4 дня.

Механизмы действия тимоаналептиков при депрессиях различны.

Возникновение самих депрессий объясняют, прежде всего, ослаблением синаптической передачи нервных импульсов, обусловленным недостаточной активностью норадренергическои, серотонинергичес-кой и, в какой-то мере, дофаминергической систем головного мозга.

Антидепрессивное действие трициклических тимоаналепгиков связывают с повышением под их влиянием содержания норадрена-лина и отчасти серотонина в межсинаптических пространствах и улучшением в результате этого синаптической передачи. Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (пароксетин, флуоксетин, флувоксамин, сертралин, циталопрам) оказывают антидепрессивное действие, увеличивая содержание этого нейромедиато-ра в межсинаптических щелях. Обратимые ингибиторы моноами-нооксидазы (моклобемид), блокируя ее, также способствуют накоплению активных моноаминов в центральных мозговых структурах и в итоге стимулируют передачу нервного возбуждения.

Систематика антидепрессантов и клиническая характеристика препаратов. По особенностям клинического действия антидепрессанты разграничивают натри группы: 1) антидепрессанты со стимулирующими свойствами; 2) антидепрессанты с седативным эффектом; 3) ангидепрессанты сбалансированного действия.

Антидепрессанты со стимулирующими свойствами

Эти препараты, положительно влияя на депрессивную симптоматику, одновременно активируют, растормаживают больных. Вместе с тем, антидепрессанты-стимуляторы могут усиливать галлюцинаторно-бредовые расстройства, тревогу, суицидальные тенденции, вызывать диссомнию при назначении в вечернее время. Принимаются утром и днем.

Имипрамин (мелипрамин). Один из наиболее мощных антидепрессантов. Применяется при тоскливых, адинамических, апатических депрессиях, иногда при фобиях и обсессиях, в малых дозах на ночь при энурезе у детей. Назначается перорально, внутримышечно, внутривенно капельно. При внутривенном капельном введении стимулирующий эффект нивелируется.

Суточная доза - 75—300 мг.

Флуоксетин (прозак, продеп). Показания те же, что и для ими-прамина. При использовании этого препарата необходим тщательный контроль за психическим состоянием пациента в связи с возможностью усиления суицидальных тенденций. Обычно назначается один раз в сутки (утром).

Стандартная суточная доза — 20 мг. Иногда ее увеличивают до 60 мг.

Моклобемид (аурорикс) применяется при депрессиях и социальных фобиях.

Суточная доза — 300—600 мг.

Антидепрессанты с седативным эффектом

Тимоаналептики данной группы сочетают антидепрессивное и общеуспокаивающее действие. Обладают противотревожным эффектом, устраняют двигательное беспокойство, расторможен-ность-, углубляют ночной сон. В то же время они нередко вызывают вялость, дневную сонливость, замедляют скорость психических и двигательных реакций, особенно в первые дни и недели приема.

Амитриптилин (саротен, саротен-ретард, триптизол) — широко применяемый антидепрессант-седатик. По силе тимоана-лептического действия не уступает имипрамину. Используется при тревожных, ажитированных, ипохондрических депрессиях. Вводится перорально и парентерально.

Суточная доза — 75—300 мг (саротен-ретард — 50—150 мг).

Флувоксамин (феварин) несколько уступает по антидепрессивной активности амитриптилину, но лучше переносится. Показания сходны с показаниями к применению амитриптилина.

Суточная доза — 100—300 мг.)

Тианептин (коаксил) — антидепрессант с противотревожным действием. Применяется при разных клинических вариантах депрессий. Препарат хорошо переносится соматически ослабленными и пожилыми больными.

Назначается в стандартной дозе 37,5 мг в сутки.

Миансерин (леривон) — антидепрессант мягкого действия, с отчетливыми седативными свойствами. Широко используется в ге-ронтологической психиатрии. Чаще назначается

однократно на ночь.
Суточная доза — 30—150 мг.
Азафен — оригинальный отечественный препарат. Является типичным малым антидепрессантом. В основном применяется в

амбулаторном лечении непсихотических депрессий. Как правило, побочных эффектов не вызывает.
Суточная доза — 75—300 мг.
Антидепрессанты сбалансированного действия
У препаратов этой группы основной тимоаналептическии эффект соче гае гея со сбалансированными прошвотревожными и психостимулирующими свойствами.
Кломипрамин (анафранил) не уступает но гимоаналептическои активности имипрамину и амитрипгилину. Широко применяется влечении депрессии разной глубины и с разными клиническими особенностями, а также в герапии гревожно-фобических и обсес-сивно-компульсивных расстройств. Назначается в шблетках, внутримышечно и внутривенно капельно.
Суточная доза — 75—300 мг.
Пароксетин (рекситин, паксил) — активный гимоаналептик из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина, сочетает антидепрессивное, анксиолитическое и стимулирующее действие. Реже вызывает побочные явления и осложнения, чем некоторые другие препараты с аналогичным механизмом действия, особенно широко применяется при тревожных, ипохондрических и атипичных депрессиях различной этиологии, а также при обсессивно-фобических расстройствах.
Суточная доза — 20—60 мг.
Пиразидол (пирлиндол) — антидепрессант, впервые синтезированный в нашей стране, средний по активности. Относительно редко вызывает побочные эффекты. Особенно показан для использования в детско-подростковой и геронтологической психиатрии.
Суточная доза — 75—300 мг.
Сертралин (золофт), циталопрам (ципрамил) — несколько уступают по силе тимоаналептического действия имипрамину и ана-франилу и, вместе с тем, реже вызывают серьезные побочные эффекты и осложнения. Используются при разных клинических вариантах депрессий, тревоге и навязчивостях.
Суточные дозы сертралина — 50—200 мг, циталопрама — 20—60 мг.

13.1.2.2.3. Транквилизаторы

Основные клинические эффекты. К транквилизаторам относят препараты, которые обладают седативным, психорелаксирующим эффектом (на непсихотическом уровне) и способны устранять тревогу и эмоциональное напряжение. На проявления психозов эти препараты отчетливого влияния не оказывают, исключая особые случаи.
Транквилизаторам присущи многообразные клинические эффекты: I) противотревожное, антифобическое и антиобсессивное действие; 2) положительное влияние на продуктивные непсихотические расстройства; 3) упорядочивающее действие на неглубокие нарушения поведения; 4) способность устранять двигательную растор-

моженность; 5) снотворный эффект, 6) вегетостабилизирующее действие; 7) противосудорожные свойства; 8) миорелаксирующее действие, которое в психиатрии обычно играет роль побочного эффекта.
Перечисленные клинические свойства присущи конкретным препаратам в разной степени.
Показания к применению непсихотическая февога, фобии, об-сессии, эмоциональная лабильность, гиперкинетический синдром, умеренно выраженные расстройства поведения, бессонница, вегетодистония, эпилептические и эпилептиформные пароксизмы, эпилептический статус, повышенный мышечный тонус.
Транквилизаторы применяются при всех неврозах и неврозо-подобных расстройствах различной этиологии, при вялотекущей шизофрении, неглубоких психических нарушениях у соматически больных, при психосоматических расстройствах и психосоматических заболеваниях, эпилепсии, ряде неврологических болезней и как средства премедикации в хирургии
Иногда к транквилизаторам эпизодически прибегают практически здоровые лица для предупреждения и устранения непатологических острых психовегетативных реакций, обусловленных эмоциональным стрессом.
Существенное достоинство транквилизаторов — быстрота действия. Их лечебные эффекты проявляются в первые часы или дни применения, в зависимости от выбора препарата, дозы и

способа введения, клинических особенностей состояния и индивидуальной чувствительности Побочные эффекты транквилизаторов и противопоказания к их применению В целом переносимость транквилизаторов удовлетворительная
Из побочных действий особенно типичны вялость, мышечная слабость, сонливость, снижение уровня внимания и запоминания, замедление мыслительных процессов и двигательных реакций. Эти проявления наиболее выражены в первые дни приема препаратов и в дальнейшем сглаживаются Возможны побочные явления в виде головной боли, головокружении, диспепсии, кожной аллергии.
Прием транквилизаторов несовместим с употреблением алкоголя. Курсовое лечение этими препаратами противопоказано больным алкоголизмом, наркоманиями и токсикоманиями даже в состоянии ремиссии. Нельзя назначать транквилизаторы лицам, управляющим транспортом и занимающимся другими видами деятельности, требующими высокого уровня внимания и быстрых психомоторных реакций.
Самый серьезный недостаток транквилизаторов — способность вызывать психическую, а иногда и физическую зависимость при их длительном приеме. Поэтому сроки курсового применения транквилизаторов не должны превышать 2—4 недель.

Механизмы действия транквилизаторов Подавляющее большинство транквилизаторов относится к производным бензодиазе-пина. Клинические эффекты бензодиазепинов связывают с их действием на ГАМК-реиепторы и бензодиазепиновые рецепторы клеток мозга. Бензодиазепины облегчают высвобождение ГАМК, усиливая ее центральный ингибиторныи эффект. На нейрофизиологическом уровне установлено уменьшение под влиянием транквилизаторов возбудимости подкорковых структур мозга и торможение взаимодействия между корой и подкорковыми образованиями.
Систематика транквилизаторов и клиническая характеристика препаратов В зависимости от особенностей клинического действия, выделяют три группы транквилизаторов:
- транквилизаторы с преобладанием седативного эффекта;
- дневные транквилизаторы,
- транквилизаторы с преобладанием снотворного действия.

Транквилизаторы с преобладанием седативного эффекта
Препараты этой группы обладают более выраженными седа-тивными, противотревожными, антифобическими и миорелакси-рующими свойствами.
Феназепам — отечественный препарат, один из наиболее мощных транквилизаторов-седатиков. Применяется при различных невротических и неврозоподобных расстройствах, но особенно широко используется в лечении тревоги и фобии. Выпускается в таблетках и растворе для инъекции.
Суточная доза — 1,5—4 мг.
Алпразолам (ксанакс). Активный анксиолитический и антифо-бический транквилизатор Обладает отчетливым антидепрессивным эффектом. Седативные свойства выражены нерезко. Основные показания к применению — пароксизмальная и стойкая тревога, обсессивно-фобические расстройства и неглубокие депрессии без двигательной заторможенности.
Суточная доза — 1—4 мг.
Лоразепам — по особенностям терапевтического действия и показаниям к применению близок к феназепаму.
Суточная доза — 2—5 мг.
Клоназепам (антелепсин) обладает выраженными седативны-ми, противотревожными, антифобическими свойствами и наибольшей среди транквилизаторов противосудорожной активностью. Используется в лечении тревожно-фобических расстройств, вегетативно-сосудистых кризов и в терапии эпилепсии и эпилеп-тиформных припадков
Суточная доза — 4—8 мг.
Диазепам (реланиум, сибазон, седуксен) — препарат, гармонично сочетающий почти все основные клинические эффекты транквили-

заторов. Обладает некоторым антидепрессивным действием. Широко применяется при непсихотических расстройствах различной клинической структуры и этиологии. Выпускается в виде таблеток и раствора для инъекций (вводится в/м, в/в струйно и в/в капельно). Инъекционный диазепам назначается при острых тревожно-фоби-ческих, тревожно-депрессивных расстройствах. В/в струйное введение диазепама — один из наиболее действенных способов купирования эпилептического статуса. Внутримышечно используется

как средство борьбы с психомоторным возбуждением (особенно при наличии противопоказаний к назначению нейролептиков).
Суточная доза — 15—30 мг.
Оксазепам (нозепам, тазепам). Транквилизирующие свойства менее выражены, чем у других препаратов. По особенностям действия близок к дневным транквилизаторам. В основном применяется амбулаторно.
Суточная доза — 20—40 мг.
Дневные транквилизаторы
Препараты данной группы обладают мягким седативным эффектом. Практически лишены снотворного и миорелаксирующего действий.
Тофизопам (грандаксин) оказывает вегетостабилизирующее действие, устраняет соматические симптомы тревоги, обладает общим анксиолитическим эффектом, практически не вызывая вялости и дневной сонливости. Используется при невротических и неврозоподобных расстройствах с астенией, вялостью или тревогой, при вегетодистонии.
Суточная доза — 150—300 мг.
Медазепам (мезапам, рудошель). Оказывает некоторое седатив-ное действие. Не вызывает дневной сонливости и мышечной слабости. Чаще применяется в амбулаторных условиях, особенно у работающих больных и больных детского и старческого возраста.
Суточная доза — 10—30 мг.
Транквилизаторы с преобладанием снотворного эффекта
Все вышеперечисленные транквилизаторы-седатики, в той или иной мере, обладают снотворным действием, во многом связанным с их противотревожными свойствами, и могут назначаться при расстройствах сна. Для некоторых транквилизаторов снотворный эффект является основным. Эти препараты используются почти исключительно при диссомнических нарушениях. Их не рекомендуется назначать на срок, превышающий 10—15 суток.
Нишразепам (эунокпхин, радедорм) оказывает выраженный снотворный эффект: улучшает засыпание, увеличивает глубину и продолжительность сна. Иногда обнаруживает «последействие» в виде утренней вялости, сонливости.
Доза — 5—10 мг на ночь.

Мидазолам (дормикум) также обладает выраженным снотворным эффектом. Показания к применению такие же, как и у нит-разепама. Имеет инъекционную форму выпуска. В виде внутримышечных и внутривенных инъекции используется как средство премедикации в хирургии.
Доза — 7,5—15 mi на ночь.
Флунитразепам (рогипнол) — снотворное короткого действия. Особенно показано при нарушенном засыпании. Утренней вялости, сонливости не вызывает.
Доза — 1—2 мг на ночь.
Зопиклон (имован) — препарат, родственный транквилизаторам, с относительно коротким снотворным эффектом. Прием зо-пиклона не сопровождается последействием.
Доза — 7,5—15 мг на ночь.

13.1.2.2.4. Психостимуляторы

Клинические эффекты. К психостимуляторам относят препараты, основное клиническое действие которых — активация, стимуляция психических функций.
Психостимуляторы повышают уровень бодрствования, временно улучшают показатели познавательной деятельности (внимание, память, мышление), повышают скорость психических и двигательных реакций, умственную и физическую работоспособность. Обладают некоторым антидепрессивным эффектом. У здоровых они улучшают общее самочувствие и настроение, могут придавать настроению эйфорическую окраску.
Показания к применению: умеренные астенические нарушения различной природы, дневная сонливость, вялоапатические состояния (в том числе обусловленные применением психотропных средств), субступорозные состояния, нарколепсия.
Побочные действия, осложнения и противопоказания. Психостимуляторы способны усиливать бред, галлюцинации, тревогу, ухудшать ночной сон. Возможны парадоксальные реакции на прием психостимуляторов в виде вялости, сонливости или отвлекаем ости, раздражительности, неусидчивости. Кроме того, препараты этой группы могут повышать артериальное давление, угнетать аппетит.
Все психостимуляторы при длительном использовании способны вызывать психическую и физическую зависимость. Вследствие этого, сроки их применения не должны превышать 3—4 недели. Назначаются в утреннее и дневное время или только утром.

Встречающиеся в медицинской литературе рекомендации здоровым людям принимать психостимуляторы при утомлении, необходимости максимально мобилизовать свои психические и физические ресурсы сомнительны из-за значительного риска побочных эффектов.

Противопоказаниями к назначению психостимуляторов являются алкоголизм, другие токсикомании и наркомании, эпилепсия, речедвигательное возбуждение, продуктивная психотическая симптоматика, психофизическое истощение, бессонница, гипертоническая болезнь, церебральный и общий атеросклероз, стенокардия, гипертиреоз.
Механизмы действия психостимуляторов. Клинические эффекты психостимуляторов объясняют их активирующим влиянием на стволовой отдел мозга. Эти препараты повышают уровень функционирования центральных норадренергических и дофами-нергических систем мозга за счет увеличения содержания соответствующих моноаминов в межсинаптических щелях.
Клиническая характеристика препаратов. От применявшихся в недалеком прошлом в качестве психостимуляторов фенамина, первитина теперь отказались из-за их выраженной способности вызывать психическую и физическую зависимость.
Кофеин, обычно включаемый в перечень психостимуляторов, в настоящее время самостоятельного значения не имеет. Невысокие дозы кофеина включаются в состав некоторых сложных лекарственных смесей с анальгезирующим и противосудорожным действием.
Чаще всего в клинической практике используется сиднокарб, обладающий достаточно выраженными психостимулирующими свойствами и приемлемой переносимостью.
Суточная доза — 10—50 мг.
Меридил (риталин, центедрин) применяется относительно редко.
Суточная доза — 10—30 мг.

13.1.2.2.5. Ноотропные препараты (нейрометаболические стимуляторы)

Клинические эффекты. Ноотропы — это препараты, которые активируют церебральные метаболические процессы, оказывают центральное антигипоксическое действие и на этой основе улучшают состояние познавательных (когнитивных) функций.
Ноотропам присущи и другие клинические эффекты: антиастенический, некоторый антидепрессивный, вегетостабилизирую-щий. Перечисленные терапевтические свойства у одних ноотро-пов сочетаются с мягким психостимулирующим действием, у других — с седативным.
Показания к применению ноотропов весьма широкие. В первую очередь, они применяются при церебрально-органической недостаточности (церебрастеническом синдроме и энцефалопатиях) сосудистого, травматического, нейроинфекционного, интоксикационного генеза, при астениях любой другой этиологии. Некоторые из этих препаратов в значительных или высоких дозах на-

значают в начальной стадии мозговых атрофичеких процессов (болезнь Альцгеймера, старческое слабоумие) и детям с задержками психического развития. При глубоких деменциях, грубом психическом недоразвитии ноотропы неэффективны.
Препараты данного класса используются как дополнительные при депрессиях, при вялоапатических состояниях, адинамии, небредовой ипохондрии, а также с целью повышения устойчивости к неблагоприятным биологическим воздействиям. Лечение ноот-ропами часто проводится в виде повторных курсов продолжительностью 1,5—3 мес с интервалами в несколько недель.
Побочные эффекты. Переносимость ноотропов обычно вполне удовлетворительная. Ноотропы с психостимулирующими свойствами могут усиливать или провоцировать тревогу, раздражитель-ность, нарушения сна, особенно у лиц позднего возраста. В некоторых случаях назначение ноотропов сопровождается головной болью, головокружением, диспепсией, аллергическими реакциями.
Ноотропные препараты со стимулирующим действием противопоказаны больным эпилепсией.
Механизмы действия ноотропов. Клинические эффекты большинства ноотропов связаны с их влиянием на ГАМК-ергические, норадре-нергические, холинергические и другие нейромедиаторные структуры.
Клиническая характеристика препаратов. Пирацетам (ноотро-пил) занимает ведущие позиции среди ноотропов. Его преимущества заключаются в гармоничном сочетании различных ноотроп-ных свойств, большей активности, по сравнению с другими препаратами данного класса, и в наличии инъекционной формы для внутримышечного и внутривенного введения.
Препарат обладает некоторым психостимулирующим действием. Наряду с перечисленными

выше общими показаниями для применения ноотропов, пирацетам используется при острых нарушениях мозювого кровообращения, коматозных состояниях, лекарственных и алкогольных отравлениях, алкогольной и наркотической абстиненции, а также для улучшения переносимости других психотропных средств, особенно нейролептиков.
Суточная доза — 2,4—8,0 г. При расстройствах мозгового кровообращения, комах, острых интоксикациях пирацетам применяется парентерально, в том числе в/в капельно в дозах до 20,0 г в сутки.
Аминалон (гаммалон) заметно уступает пирацетаму по ноот-ропной активности. Применяется в виде длительных повторных курсов, чаще у лиц позднего возраста с хронической церебрально-сосудистой недостаточностью, после динамических нарушений мозгового кровообращения и в постинсультном периоде.
Суточная доза — 1,5—3,5 г.
Пиридитол (энцефабол). Особенность его клинического действия — наибольшая выраженность психоактивирующих свойств.

Наряду с органическими заболеваниями головного мозга, используется при астениях, депрессиях с апатической и адинамиче-ской окраской, при задержках психического развития у детей.
Доза — 0,3—0,5 г в сутки.
К ноотропам, которые оказывают не психостимулирующий, а седативныи эффект, обладают некоторым противосудорожным действием и применяются в том числе в лечении эпилепсии, относятся пантогам (суточная доза — 1,5—3,0 г), фенибут (0,5-1,5 г), пикамилон (0,1—0,2 г).

13.1.2.2.6. Нормотимики (стабилизаторы аффекта)

Клиническое действие. К нормотимикам относят препараты, способные увеличивать длительность интервалов между фазами (приступами) рецидивирующих аффективных расстройств и смягчать их клинические проявления. Это средства вторичной профилактики рецидивирующих аффективных расстройств.
Показания к применению. Препараты данного класса используют при частом повторении депрессий и маний в рамках маниакально-депрессивного психоза, циклотимии, приступообразной шизофрении. Нормотимики применяются не только как средства вторичной профилактики депрессий и маний «в чистом виде», но и приступообразных аффективных нарушений, сочетающихся с другими психопатологическими проявлениями (галлюцинатор-но-бредовыми, гебефренными, психопатоподобными расстройствами, навязчивостями).
Назначение нормотимиков на длительное время более чем у половины больных отдаляет наступление очередной депрессии или мании и сглаживает ее симптоматику. У некоторых пациентов при помощи нормотимиков удается прервать возобновление аффективных расстройств на многие годы.
Механизм действия нормотимиков. Предупреждение очередного аффективного приступа нормотимиками связывают с их затормаживающим влиянием на ГАМК-ергическую систему.
Клиническая характеристика препаратов. Соли лития. Карбонат лития и оксибутират лития. Обладают не только нормотими-ческим, но и антиманиакальным эффектом. Суточные дозы солей лития подбираются под контролем их концентрации в плазме крови. Средние суточные дозы карбоната лития при его применении для вторичной профилактики маний и депрессий составляют 0,9—1,2 г. Оксибутират лития в основном используется в лечении маний. Может вводиться парентерально. Суточная доза 1,6—3,2 г.
Побочные эффекты солей лития чаще выражаются в астении, треморе, атаксии, усилении жажды, диспепсии, увеличении массы тела. Препараты противопоказаны при недостаточности выделительной функции почек и декомпенсациях сердечно-сосудистых заболеваний.

Карбамазепин (финлепсин) обладает, наряду с нормотимически-ми свойствами, некоторым антидепрессивным и выраженным про-тивосудорожным эффектом. Для профилактики рецидивов аффективных расстройств используется в суточных дозах 0,4—1,0 г. Возможные побочные действия: нарушения аккомодации, сонливость, головная боль, атаксия, диспептические расстройства, лейкопения.
Вальпроат натрия (конвулекс, депакин) также оказывает не только гимостабилизирующее, но и антиманиакальное и антиконвульсивное действие. Для предупреждения рецидивов аффективных расстройств используется в дозах 0,6—1,4 г в сутки. Побочные эффекты чаще выражаются в диспепсии, сонливости, кожной аллергии. В редких случаях возникают нарушения функции печени, поджелудочной железы и снижение свертываемости крови.

13.1.2.3. Варианты и принципы психофармакотерапии

Психотропные средства применяют в виде монотерапии и комплексной терапии.
Монотерапия используется при относительно простой структуре психических расстройств, их моносимптоматических формах, в периоды ремиссий, при не вполне удовлетворительной переносимости психотропных средств.
Чаще проводится терапия сочетанием нескольких препаратов. Подбор препаратов, в значительной мере, осуществляется в соответствии с принципом симптомов-мишеней, хотя этот принцип и считается отчасти устаревшим.
Вся совокупность психических расстройств у больного условно расчленяется на составляющие, или психопатологические радикалы, и для устранения каждого подбирается препарат с соответствующим спектром действия. Таким образом, составляется комбинация из нескольких психотропных средств. При этом учитывают совместимость препаратов и стремятся к использованию возможно меньшего количества лекарств.
При окончательном выборе препаратов учитывают не только клиническую картину психических расстройств. Принимают во внимание их динамику, нозологическую принадлежность, эффективность ранее проводившейся терапии, особенности соматоневрологического состояния и другие факторы.
Различают активную (купирующую), поддерживающую и близкую к ней противорецидивную психофармакотерапию.
Купирующее лечение проводится при острых, выраженных психических расстройствах быстро наращиваемыми значительными или высокими дозами психотропных средств, часто вводимых парентерально. Такое лечение преследует цель «оборвать», устранить психические расстройства или, по крайней мере, добиться возможно быстрого и существенного улучшения психического состояния.

После наступления ремиссии психофармакотерапию не прекращают, а переходят к поддерживающему лечению. Сущность поддерживающей терапии в длительном (многомесячном или даже многолетнем) применении сравнительно невысоких доз психотропных средств для сохранения, упрочения ремиссии, предупреждения новых обострений психических расстройств. Нередко поддерживающую терапию проводят пролонгированными формами препаратов.
Противорецидивная терапия осуществляется в периоды интермиссий (практического выздоровления) для профилактики повторных приступов психических расстройств
Нежелательно чрезмерно длительное использование одних и тех же препаратов Следует своевременно заменять их на медикаменты, сходные по клиническому действию, но имеющие иную химическую структуру (во избежание развития резистенгности к лекарствам, побочных эффектов и осложнений).
Наращивание доз психотропных средств (когда позволяет состояние больного) и, особенно, их отмена осуществляются постепенно. При резком прекращении лечения велик риск обострений, рецидивов психических заболеваний или возникновения «синдрома отмены» в виде комплекса психических и соматоне-врологических нарушении

13.1.3. Шоковые методы лечения

В прошлом шоковая терапия (электросудорожная, инсулино-коматозная) занимала ведущее положение в лечении психозов, особенно шизофрении. В настоящее время шоковые методы применяются ограниченно. Для проведения шоковой терапии необходимо наличие жизненных показаний или письменное согласие больного, а в случае его недееспособности — согласие родственников. У детей и подростков шоковая терапия не используется.
Механизмы действия шоковых методов во многом остаются неясными. Наиболее убедительны представления, в соответствии с которыми лечебный эффект шоковых методов обусловлен мобилизацией защитных механизмов, повышением сопротивляемости организма болезнетворному началу под влиянием мощных повторных биологических стрессовых воздействий в ходе сеансов электросудорожной или инсулинокоматознои терапии.
Эффективность шоковых методов весьма значительна. Ремиссии нередко бывают более глубокими и стойкими, чем при психофармакотерапии. Считается, что в отличие от большинства психотропных средств, шоковые методы оказывают лечебное действие не только на симптоматическом, но и на патогенетическом уровне. Ограниченное применение этих методов во многом связано с часто негативным отношением к ним больных и их родственников.

Электросудорожная терапия (ЭСТ). Сущность методики ЭСТ заключается в кратковременном

воздействии на центральные мозговые структуры постоянного или переменного электрического тока, в результате которого возникает эпилептиформный припадок. Для каждого пациента подбираются напряжение электрического тока и его экспозиция, минимально достаточные для вызывания эпилептиформного припадка.
Используются различные модификации ЭСТ: с биполярным и униполярным наложением электродов электроконвульсатора, с применением миорелаксантов. Последний вариант более щада-щий (выключение сознания не сопровождается судорогами), но и менее действенный. Проводят от 4 до 12 сеансов ЭСТ, обычно через день
Показаниями к применению ЭСТ являются тяжелые и стойкие эндогенные депрессии, приступы онейроиднои кататонии, гипертоксической шизофрении, злокачественный нейролептический синдром, резистентность психических расстройств к психо-фармакотерап и и.
К возможным осложнениям ЭСТ относятся остановка дыхания, нарушения деятельности сердца, повреждения опорно-двигательного аппарата (костные переломы, трещины в позвонках, вывихи суставов, разрывы связок), а также расстройства памяти, обычно преходящие
Основными противопоказаниями для ЭСТ служат эпилепсия, органические поражения головного мозга, повышенная судорожная готовность, серьезная патология костно-суставной системы.
Инсулинокоматозная терапия. Инсулинокоматозную терапию начинают с ежедневного введения малых доз инсулина, постепенно их наращивая для определения дозы, достаточной для развития гипогликемической комы или субкоматозного состояния. В большинстве случаев она составляет 60—120 единиц инсулина. Установленная доза вводится больному ежедневно. Коматозное состояние сразу или вскоре после его возникновения купируют в/в введением глюкозы, сладким питьем и завтраком, обильным углеводами. Проводят от 12 до 30 сеансов инсулинокоматозной терапии.
Показаниями служат параноидная шизофрения (в течение года от развития параноидного бреда), приступообразная шизофрения, если в картине приступов существенное место занимают галлюци-наторно-параноидные расстройства, а также толерантность продуктивной психотической симптоматики к психотропным средствам. При паранойяльном бреде инсулинотерапия малоэффективна.
К осложнениям этого способа терапии относятся затяжная кома, повторная кома, эпилептиформные припадки, ожирение. Основные противопоказания — избыточный вес и сахарный диабет.

13.1.4. Другие методы биологической (немедикаментозной) терапии

Лечение депривацией (лишением) сна. Метод заключается в непрерывном бодрствовании больных на протяжении I —3 суток или в сокращении ночного сна до 3—4 часов в течение недели.
Лишение сна используется при депрессиях, преимущественно эндогенной природы. Его лечебный эффект объясняют влиянием на циркадные биоритмы.
Фототерапия (светолечение). При проведении фототерапии больной ежедневно от получаса до 2—3 часов находится в условиях искусственного освещения белым светом высокой яркости (2500 люкс и более). Продолжительность лечения — 10—15 дней.
Светолечение применяют при депрессиях, особенно эндогенных, сезонного характера. Терапевтический эффект связывают с воздействием яркого света на хронобиологические процессы.
Лазерная терапия. В ходе повторных сеансов кровь больного подвергается лазерному облучению. Метод применяется в терапии затяжных, резистентных к тимоаналептикам тоскливых депрессий и астенических состояний. Вследствие общеегимулирующего действия, лазерная терапия может усилить имеющуюся тревогу.
Иглорефлексотерапия. Используется при неглубоких депрессиях, астениях различной природы, навязчивостях и других невротических и неврозоподобных расстройствах.
Перечисленные методы немедикаментозной терапии самостоятельного значения, как правило, не имеют, применяются в сочетании с другими терапевтическими мероприятиями.

13.2. Психотерапия и социотерапия

Психотерапией называют лечение посредством воздействия психическими факторами — словом, невербальными условными раздражителями, обстановкой, определенными занятиями и т. д.
Социотерапия по сути дела является частью психотерапии, которая использует факторы

социально-психологические: влияние непосредственно окружающей социальной среды, различные формы социальной активности (например, клубы бывших пациентов) или коллективной деятельности.
Психотерапия используется в различных областях медицины. Она особенно важна при заболеваниях, в развитии которых психический фактор ифает ведущую роль (неврозы и другие реактивные состояния, психосоматические заболевания), когда болезнь сама по себе ставит пациента в стрессовые условия (например, пред- и послеоперационный период) или становится для него тя-

желой психической травмой (например, приводит к инвалидности). При неврозах психотерапия является основным методом лечения, но она применяется практически почти при всех психических расстройствах. Особенности психотерапии при различных психических заболеваниях описываются в соответствующих главах.

13.2.1. Методы психотерапии

Все методы психотерапии принято разделять на следующие основные группы: суггестивные, «поведенческие», рациональные (когнитивные) и психоаналитические. Кроме того, в зависимости оттого, с кем проводятся психотерапевтические сеансы, различают индивидуальную, групповую, семейную психотерапию.
Суггестивные методы в различных видах используют внушение (лат. suggestio). Наиболее известно внушение в состоянии гипнотического сна. Техника гипнотического внушения излагается в специальных руководствах. Пользоваться этим методом может только врач, получивший специальную подготовку по психотерапии. Слово гипнотизирующего оказывает более сильное действие, так как во время гипноза оно поступает по единственному не погруженному в сон каналу информации извне. Но поддаются гипнозу далеко не все пациенты. Он лучше действует на страдающих истерическим неврозом и алкоголизмом.
Загипнотизировать пациента без его согласия и желания невозможно, как и заставить его в состоянии гипноза совершать поступки, в корне противоречащие его личности.
Внушение в состоянии бодрствования достигается путем властного, авторитетного, уверенного заявления психотерапевта. Его широкая известность, слава как «целителя» повышает эффект и расширяет круг поддающихся воздействию.
Суггестивные методы отличаются тем, что у части пациентов, особенно с истерическими чертами характера, они способны в некоторых случаях дать быстрый поражающий эффект, который, однако, обычно отличается нестойкостью. Когда истинная причина расстройства бывает не устранена, то рецидив неизбежен.
Аутогенная тренировка (аутотренинг) была предложена немецким психотерапевтом И.Шульцем в 1920 г. Она также является суггестивным методом, но использует самовнушение, которое достигается путем специально разработанных упражнений. Вначале пациент обучается «ощущать» тяжесть, тепло, холод в разных частях тела, затем повторяет про себя разные «словесные формулы», убеждая себя в достижении необходимого эффекта.
Ллацеботерапия состоит в использовании плацебо-препаратов, которые по виду, запаху, вкусу не отличаются от определенно-ю лекарства (транквилизатора, снотворного и т.д.), но на самом

деле являются совершенно индифферентными веществами. Используется также суггестивный механизм, если пациенту рассказали об ожидаемом действии, или условнорефлекторный, если он уже ранее испытал действие данного лекарства.
«Поведенческие», бихевиоральные, условнорефлекторные методы основываются на выработке условных рефлексов. Например, вырабатывается условный рвотный рефлекс на вид, запах, вкус алкоголя путем сочетания небольшой дозы спиртного напитка и рвотных средств.
Практикуются также другие приемы «научения». Например, больного с навязчивыми опасениями заставляют много раз мысленно представить ситуацию, вызывающую страх, вследствие чего чувство страха постепенно угасает, затормаживается.
Рациональные (когнитивные) методы адресуются к сознанию больного, его рассудку, основываются на логическом переубеждении пациента, разъяснении ему природы расстройств и путей их устранения. Авторитет, престиж и знания психотерапевта важны для директивного подхода (активного убеждения пациента). Для недирективных подходов, когда психотерапевт и пациент выступают как партнеры, совместно оценивая причины расстройств и возможности их преодоления, не менее важной становится способность врача к эмпатии — умению вчувствоваться в переживания пациента, проникнуться его заботами и тревогами.
Патогенетическая личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия по

Мясищеву— Карвасарскому направлена на то, чтобы на основе изучения личности больного, особенностей его системы отношений выявить психогенные механизмы психических (в основном невротических) расстройств, добиться осознания больным причинно-следственных связей между особенностями его личностных отношений и возникших нарушений. Но дело не ограничивается тем, чтобы пациент понял суть психогенеза его расстройств. Задачей является реконструкция системы личностных отношений, жизненных установок, планов на будущее, стиля поведения, без чего невозможно выздоровление.

Групповая психотерапия подразумевает психотерапевтические сеансы одновременно с несколькими или даже множеством пациентов (групповой гипноз, аутотренинг), а также сеансы, на которых происходит активное взаимодействие членов группы. Примером может служить групповая дискуссия — совместное обсуждение различных проблем, ситуаций, отдельных биографий, поведения и переживаний определенных лиц, в том числе участников дискуссии. Другим примером служит разыгрывание ролевых функций. Поочередно в коротких сценках участники группы вы-

ступают в разных ролях — супруга, родителя, подчиненного или начальника по службе и т. д. или практикуются в обращениях с просьбой, требованием, извинениями, с намерением помириться с тем, с кем были в ссоре, пойти на компромисс.

Невербальная групповая психотерапия, примером котором може1 служить психогимнастика, предназначена для обучения умению выражать свои и понимать чужие чувства, желания и мысли бе? слов.

Семейная психотерапия по сути дела является разновидностью групповой, но группу составляет семья. Когда причиной невроза и других реактивных состояний служит внутрисемейный кон-фликт, этот вид психотерапии направлен на нормализацию отношении в семье и становится решающим методом лечения. При различных психических заболеваниях семейная психотерапия оказывается полезной для упрочения ремиссий, предотвращения рецидивов, повышения уровня социального функционирования больного. Семья должна научиться понимать проявления психического расстройства, предъявлять к больному выполнимые для него требования и побуждать его к посильной деятельности.

Психоаналитические методы основываются на учении известного австрийского психиатра, психолога и невролога Зигмунда Фрейда. Суть психоанализа состоит в том, чтобы извлечь из сферы подсознательного вытесненные из сознания, подавленные внутренние конфликты и психические травмы. Еще Фрейдом для этого был предложен анализ сновидений и метод свободных ассоциаций. Сновидения рассматриваются как символические проявления подавленных, скрытых желаний и страхов. Фрейд среди подсознательных сил ведущей считал сексуальное влечение (либидо). Например, в сновидении всякий продолговатый предмет (столб, дерево, трость и т.д.) символизирует мужской половой член, всякое углубление (от пещеры до открытой кастрюли) — женское влагалище. Свободные ассоциации (больному предлагается произносить вслух все, что ему приходит в голову) дают возможность подсознательным комплексам прорваться в виде отдельных неожиданных реплик или оговорок. Важное психотерапевтическое значение придается «трансферу» — «переносу» пациентом на психотерапевта подавленных чувств — любви, ненависти, раздражения и т.д., которые он испытывал в отношении родителей и других эмоционально значимых лиц. С другой стороны, существует «контртрансфер» — сам психотерапевт «переносит» на пациента чувства родителя, супруга и т.д.

Современный неофрейдизм существует в виде нескольких направлений. Все они отличаются от «классического» фрейдизма тем, что в психике человека большая роль отводится сознанию и мень-

шая — сексуальности. Однако практически по-прежнему основное внимание остается сосредоточенным на подсознательном и сексуальном. Некоторые положения, разработанные преимущественно психоаналитическим направлением, получили довольно широкое признание. К ним относится учение о видах механизмов психологической защиты, среди которых выделяют следующие.

Компенсация — стремление при ощущении собственной неполноценности в чем-либо добиться успеха и престижа в другой области. Например, стремление развить физическую силу при умственной недостаточности.

Гиперкомпенсация (или «сверхкомпенсация», «сюркомпенса-ция») — жажда успеха именно в той области, где ощущается собственная неполноценность При сензитивной психопатии боль-

ные перебарывают робость и застенчивость, занимая посты, требующие постоянного общения. Пьяницы, бросившие пить, становятся воинственными трезвенниками.
Отрицание — категорическое нежелание признать очевидное, которое кажется непереносимым или ущемляет собственное достоинство. При истерической реакции на внезапную смерть близкого человека, с которым было связано собственное благополучие, «не верят» в его смерть, ведут себя так, будто тот по-прежнему жив. Умирающий от рака не хочет признать у себя злокачественную опухоль, тяжелое состояние готов объяснить другими причинами. Больные алкоголизмом, несмотря на выраженную зависимость от алкоголя, отрицают ее, уверяя других и себя, что если они захотят, то в любой момент могут бросить пить.
Рационализация — объяснение происшедшего нарочито придумываемыми логическими доводами или попытка оправдать свое поведение («Начал курить гашиш, так как это повышало творческие возможности — надо было содержать семью, которая висела на шее»).
Конверсия — соматические нарушения, которые как бы символически отражают нежелание примириться с ситуацией. Например, у оперной певицы, когда ей не дали ту партию, на которую она претендовала, а дали другую, которую она считала непрестижной, полностью «пропал» голос, она говорила только шепотом (истерическая афония).
Смещение (или перемещение) — перенос желаний, эмоций, мыслей с первоначального объекта, который неприемлем, на его заменяющий. Например, родители наркомана, для которых невыносима мысль, что основной причиной злоупотребления наркотиками их сыном были неправильное воспитание и внутрисемейные конфликты, винят во всем наркологический стационар, куда «положили только на обследование, а оттуда вышел наркоманом».

Диссоциация — раздвоение личности вследствие непереносимой ситуации. Примером могут быть некоторые истерические расстройства. У сельских жителей севера Коми и Архангельской области встречается «одержимость икот кои» Так называют особое существо, якобы вселяющееся в человека, которое говорит его голосом, предъявляет требования окружающим, заставляет себя «ублажать», грозя иначе судорожным припадком у того, в кого икотка вселилась.
Идеализация — явное преувеличение способностей, заслуг, преимуществ и всяких других положительных качеств какого-либо лица, общины, организации, движения, к которому данное лицо принадлежит или от которого оно зависит. Особенно характерны для конформного типа акцентуации характера — в идеализации своего окружения находят душевную опору, оправдание своему поведению.
Идентификация — подсознательное подражание какому-либо кумиру в поведении, взглядах, вкусах и т.д. (если это делается осознанно, то называют имитацией) Этот механизм особенно важен для подростков как способ самоутверждения.
Проекция — подсознательное перенесение неприемлемого в самом себе на других. Например, отец охотно находит и непримиримо относится к тем отрицательным качествам сына, которые не хочет признать у себя. На других переносят свои недостатки («Все пьют» — обычное заявление алкоголика).
Интроекция — механизм, противоположный проекции, что-либо ненавидимое или обожаемое во вне переносится на себя. Например, в состоянии дисфории вместо агрессии в отношении окружающих, которая может обернуться тяжкими последствиями, проявляют аутоагрессию, нанося самоповреждения (обычно неопасные).
Регрессия — переход на инфантильный уровень поведения, реагирования, мышления как способ защиты от жизненных невзгод. Примером может служить истерический пуэрилизм (см. главу 28), например в ситуации ареста, судебного разбирательства за совершенные правонарушения ведут себя как маленькие дети.
Сублимация — это состояние, когда инстинктивное влечение, особенно сексуальное, не может быть удовлетворено из-за морально-этических принципов или иных ограничении, самими на себя же налагаемых. Больные с удвоенной энергией устремляются к какой-либо деятельности, социально приемлемой и даже поощряемой Например, подавленные сексуальные желания стимулируют к художественному творчеству, сочинительству и т.д.
Субституция — подсознательная подмена недостижимой или неприемлемой цели другой, более достижимой и приемлемой.

Например, не имея возможности или способности стать актером, больные готовы выполнять любую работу в театре, киностудии и т.д. Неразделенную супругом любовь переносят на детей.
«Развязывание» (undoing) — снятие внутреннего напряжения, беспокойства, тревоги путем

проделывания ритуалов, повторения заклинании и т.д.
Механизмы психологической защиты могут выступать в двоякой роли. В одних случаях они лежат в основе невротических расстройств — тогда они вскрываются в процессе психоанализа или патогенетической личностно-ориентированнои психотерапии. В других случаях, наоборот, подобные механизмы выполняют действительно защитную роль (например, сублимация) и в процессе психотерапии укрепляются.
Другие психотерапевтические и социотерапевтические методы включают музыкотерапию (путем прослушивания специально подобранной музыки, хорового пения добиваются определенного эмоционального состояния), библиотерапию (чтение специально подобранной художественной литературы с целью изменить настроение или путем сходства описываемых ситуаций и событий в жизни пациента помочь ему найти выход из трудного положения, скорригировать планы и т.д.), игровую терапию у детей, арттера-пию (художественное творчество, в процессе которого пациент имеет возможность «отреагировать» свои подавляемые переживания) и др.
Трудовая терапия — система трудовых процессов — от самых несложных, отвлекающих от болезненных переживаний, позволяющих занять время (терапия занятостью), до обучения новым профессиям, если этого требует заболевание. Трудовая терапия является наиболее важным методом социотерапии.

13.3. Реабилитация

Реабилитация (лат. rehabilitatio — восстановление в правах) — система медицинских, психологических и социальных мер, предупреждающих дальнейшее развитие болезни, потерю работоспособности и направленных на возможно более раннее и эффективное возвращение больных и инвалидов к общественно полезному труду и активной социальной жизни.
Лечение болезни может осуществляться без специальных реабилитационных мер, но реабилитация включает также лечебные средства для достижения поставленных ею целей. Важнейшей задачей реабилитации является восстановление личного (в собственных глазах) и социального (в глазах окружающих) статуса больного — семейного, трудового, общественного. М.М.Кабановым (1978) были выделены основные принципы и этапы реабилитации психически больных.

Принцип партнерства подразумевает постоянную апелляцию к личности больного, совместные и согласованные усилия врача и больного в постановке задач и выборе способов их решения. Принцип разносторонности воздействий указывает на необходимость использования системы разнообразных средств и мер — от биологического лечения до разных видов психотерапии и социо-терапии, причем объектом воздействий становятся и сам больной, и его близкие, и окружение. Принцип единства психосоциальных и биологических методов воздействий отражает единство лечения болезни, воздействия на организм больного и реабилитации самого больного. Принцип ступенчатости включает поэтапный переход от одних реабилитационных мер к другим.
В процессе реабилитации условно выделяются три этапа.
Первый этап — восстановительная терапия — осуществляется в стационарах и полустационарах. Наряду с необходимым, а при надобности и интенсивным биологическим лечением используют комплекс мер, направленных на предупреждение инвалидизации, развития психического дефекта. Широко используются психотерапия, включая групповую и семейную, лечение занятостью, различные виды социотерапии. От щадящего режима в остром периоде болезни переходят к активирующему (самообслуживание, самодеятельность, участие в больничном самоуправлении).
Второй этап — реадаптация — начинается в стационарных и полустационарных условиях и продолжается во внебольничных условиях. Наряду с поддерживающей биологической терапией применяют трудовую терапию, при надобности — обучение новой профессии. Цель семейной психотерапии — адаптация больного к семье и семьи к больному.
Третий этап — реабилитация в собственном смысле слова — включает рациональное трудоустройство и бытоустройство, вовлечение в активную социальную жизнь.
Особенности реабилитации больных при разных психических расстройствах описываются в соответствующих главах.

13.4. Основы психопрофилактики

Психопрофилактика представляет собой раздел общей профилактики, который включает мероприятия, направленные на предупреждение психических заболеваний.
Между психикой человека и его соматическим состоянием имеется тесная связь. От

устойчивости психики в определенной степени зависит соматическое состояние. Известно, что при большом эмоциональном подъеме редко возникают соматические заболевания (примером могут служить годы Великой Отечественной войны). Состояние соматического здоровья также может оказы-

вать влияние на психику человека, вести к возникновению тех или иных психических расстройств или препятствовать им.

В.А.Гиляровский писал, что роль нервного подъема в преодолении трудностей для организма и, в частности, для нервной системы, должна быть использована в планировании работ психо-профилактического характера.

Задачами психопрофилактики являются:

1. предотвращение действия на организм и личность болезнетворной причины;
2. предупреждение развития заболевания путем его ранней диагностики и лечения;
3. предупредительное лечение и мероприятия, предотвращающие рецидивы болезни и переход их в хронические формы.

В профилактике психических заболеваний большую роль играют общепрофилактические мероприятия, такие как устранение инфекционных заболеваний, интоксикаций и других вредных воздействий внешней среды.

Под первичной психопрофилактикой принято понимать систему мероприятий, направленных на предупреждение патогенных воздействий на психику человека и в итоге на предупреждение психических и психосоматических болезней. Все мероприятия, относимые к первичной психопрофилактике, направлены на повышение выносливости психики к вредным факторам. К таким мероприятиям относятся правильное воспитание ребенка, борьба с ранними инфекциями и другими биологическими и психологическими стрессами, которые могут вызвать задержку психического развития, психический инфантилизм, снижение устойчивости психики к неблагоприятным влияниям.

Первичная психопрофилактика включает мероприятия по улучшению экологической ситуации, социально-экономических условий, психологического климата в обществе, повышению жизненного уровня, соблюдению трудового законодательства, совершенствованию охраны труда (кабинеты психологической разгрузки), ограничению показа фильмов с избыточными сценами насилия. В первичную профилактику также включаются психогигиенические мероприятия: чередование труда и отдыха, пропаганда здорового образа жизни, развитие физкультуры и спорта, наряду с этим профилактика эндогенных заболеваний и умственной отсталости, медико-генетическое консультирование для выявления факторов риска этих психических расстройств; развитие методов воспитания подрастающих поколений: совершенствование общемедицинской помощи, охрана матери от вредных влияний на плод и организация родовспоможения, раннее выявление пороков развития у новорожденных, своевременное применение методов лечебно-педагогической коррекции на всех этапах становления личности.

Под вторичной психопрофилактикой принято понимать систему мероприятий,направленных на предупреждение неблагоприятного течения уже начавшегося заболевания. Вторичная профилактика включает раннюю диагностику, предупреждение опасных для жизни больного состояний, раннее начало лечения и применение адекватных методов терапии для достижения наиболее полной ремиссии.

Третичная психопрофилактика — система мероприятий, направленных на предупреждение возникновения инвалидности при хронических заболеваниях. В этом большую роль играет правильное использование лекарственных и других средств, применение методов лечебной и педагогической коррекции и систематическое поэтапное использование мер социальной реабилитации и реадаптации.

Глава 14. ПСИХИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ ТРАВМАХ

Черепно-мозговые травмы принято делить на открытые и закрытые. Повреждения головного мозга с конца XVIII века делят на сотрясения (коммоции), ушибы (контузии) и сдавления (компрессии). Среди этих расстройств обычно преобладают сотрясения головного мозга — 56,6%, ушибы составляют 18%, сдавления — 8%. Деление это носит условный характер и в ряде случаев наблюдается сочетанная травма.

В динамике травматических повреждений головного мозга выделяют 4 основных этапа: начальный, или острейший; острый, или вторичный; реконвалесценции, или поздний, и этап отдаленных последствий, или резидуальный.

Психические нарушения, возникающие в результате черепно-мозговых травм, принято делить в соответствии с этапами травматических повреждений. Психические нарушения начального периода характеризуются главным образом состояниями выключения сознания — комой, сопором, оглушением; в остром периоде наблюдаются преимущественно острые психозы с состояниями помрачения сознания: делириозные, эпилептиформные, сумеречные. В периоде реконвалесценции или позднем периоде острых травматических расстройств наблюдаются подострые и затяжные травматические психозы, которые могут иметь тенденцию к повторным приступам психозов и принимать периодическое течение. Психические нарушения отдаленного периода характеризуются различными вариантами психоорганического синдрома в рамках травматической энцефалопатии.

14.1. Клинические проявления

Травматические психозы относятся к симптоматическим психозам и не отличаются от психозов при экстрацеребральных соматических заболеваниях, отравлениях и мозговых процессах. Опыт двух последних войн и большой опыг, накопленный при катастрофах, расширили представления о динамике травматических расстройств и закономерностях психических нарушений.

14.1.1. Острые травматические психозы

Острые травматические психозы являются типичной экзогенной формой реакции по К.Бонгефферу (1912). Они являются как бы промежуточной стадией между бессознательным состоянием (кома, сопор) и полным восстановлением сознания.

В.Грезингер и П.Шредер отмечали, что при острых травматических психозах наблюдается «диссоциация», обусловленная неравномерным восстановлением психических функций. Считают, что эти психозы не обусловлены непосредственно травмой, а являются как бы результатом борьбы организма с различного рода вредностями — физическими, термическими, аноксемическими.

Клинически острые травматические психозы могут проявляться различными состояниями измененного сознания: оглушенностью, делирием, эпилептическим возбуждением, сумеречным помрачением сознания. Эти состояния развиваются непосредственно после выхода из бессознательного состояния. Больной будто бы вышел из бессознательного состояния, начал отвечать на вопросы, затем появляется возбуждение, он вскакивает, куда-то стремится бежать или видит каких-то людей, чудовищ, ему кажется, что он летит, плывет, качается. Наличие вестибулярных расстройств в клинической картине характерно для травматического делирия (В.А.Гиляровский). В этот период возможны не только эпилептиформное возбуждение с суженностью сознания и сумеречное помрачение сознания, но и отдельные или серийные эпилептиформные припадки.

При более стойком прояснении сознания могут наблюдаться галлюцинозы, чаще имеет место слуховой, но возможны зрительные и тактильные.

Больной 28 лет после перенесенной черепно-мозговой травмы (сбит мотоциклистом) испытывал головные боли, головокружения, к врачу не обращался, продолжал с трудом выполнять обяганности штукатура. После работы ложился в постель и на стене, «как в кино», видел всевозможные меняющиеся картины, которые рассматривал часами Только после того, как предложил приятелям смотреть с ним вместе «кино», был отведен к врачу и помещен в больницу.

В ряде случаев после выхода больного из бессознательного состояния обнаруживается клиническая картина корсаковского синдрома с конфабуляциями и псевдореминисценциями и часто четкой ретроградной амнезией. Корсаковский синдром может быть преходящим и исчезать через несколько дней, в других случаях клинические проявления корсаковского синдрома оказываются весьма стойкими и постепенно формируется клиническая картина

органического слабоумия (психоорганический синдром).

Преходящий корсаковский синдром часто просматривается в картине ретроантероградной амнезии. После исчезновения анте-роградной амнезии можно услышать от больного: «Мне родные говорят, что я был в сознании, их узнавал, отвечал на вопросы, но я не помню сейчас их посещений Мне говорят, что меня переводили в это время в другое отделение, делали спинномозговую пункцию, но я этого не помню и вообще те 10 дней как не жил, как будто бы это было не со мной».

У таких больных обычно в тот период, который впоследствии оценивается как антероградная амнезия, обнаруживаются все признаки корсаковского синдрома. Родственники часто не придают значения тому, что больной не запоминает текущие события, не помнит, когда они его посещали, что он ел и т.д. Врачи, озабоченные травматической, неврологической и соматической симптоматикой, не фиксируют внимания на этой психопатологии. Антероградная амнезия в этих случаях непродолжительна и исчезает через несколько дней или 1—2 недели

14.1.2. Травматические (периодические) аффективные психозы

Через несколько недель или месяцев после перенесенной черепно-мозговой травмы возможно возникновение травматических аффективных и аффективно-бредовых психозов. Чаще всего они провоцируются дополнительными экзогенными вредностями (факторами), физической нагрузкой, утомлением, интоксикацией, инфекционным заболеванием и т.д.

В клинической картине, как свидетельствует название этих психозов, ведущее место занимают аффективные и бредовые расстройства, наблюдаются маниакальные, депрессивные и аффективно-бредовые расстройства. При депрессивных состояниях появляется ипохондрическая самооценка, при маниакальных возможен экспансивный бред величия, и в том, и в другом случае наблюдаются конфабуляции, которые включаются в основную симптоматику.

Маниакальные состояния выявляются чаще, чем депрессивные, хотя последние иногда не квалифицируются как болезненные, а оцениваются как адекватная реакция на перенесенную травму, инвалидизацию и т.д.

При маниакальных состояниях травматического генеза преобладает эйфория, двигательная активность не столь выражена и продолжительна, как при маниакально-депрессивном психозе. Быстро появляется истощаемость, возникает головная боль, вялость, сонливость, однако после отдыха вновь наблюдается подъем настроения с двигательной активностью. Сравнительно часто бывает гневливая мания.

Отвлекаемость, свойственная маниакальным состояниям, имеет место, но она не столь выражена, больные застревают на неприятных переживаниях, с трудом переключаются на другие события, в аффективных расстройствах преобладает злобно-раздражительный фон настроения.

При простой эйфории наблюдается пустая гиперактивность с малопродуктивной деятельностью, преобладают некритическая оценка своего здоровья и конфабуляции, особенно при воспоми наниях о ситуациях травмирования.

В другой группе больных эйфория менее четкая, на первый план выступают вялость, аспонтанность, однако при расспросах выявляются яркие, живые, полные фантазии конфабуляции. У больных часто в течение дня наблюдается сонливость, во время которой они погружаются в мир сновидении экспансивного характера, но спонтанно об .этих переживаниях не рассказывают. При расспросах больные сообщают о различных событиях, происходящих с ними, фабула меняется, так как предшествующие рассказы забываются На этом фоне могут возникай, бредовые идеи экспансивного характера (идеи величия).

14.1.3. Психические нарушения травматической природы у детей и подростков

Психические нарушения в остром периоде травматическою поражения у детей характеризуются различными расстроис1вами: на фоне повышения внутричерепного давления наблюдаются общемозговые и менингеальные расстройства, выраженные вегетативные и вестибулярные симптомы и признаки локального поражения мозга Считается, что в ряде случаев наиболее тяжелые симптомы могут появляться у детей через несколько дней после черепно-мозговой травмы. Частым симптомом являются пароксиз-мальные расстройства, которые наблюдаются как в остром периоде, так и в периоде реконвалесценции

Травматические повреждения мозга у детей, как правило, бывают доброкачественными, обратному развитию подвергаются даже тяжелые локальные расстройства. Астения в отдаленном периоде бывает слабовыраженной, у больных преобладают двигательная рас торможен ность, эмоциональная лабильность, возбудимость. Иногда после тяжелых черепно-

мозговых травм, перепесенных в раннем детстве, обнаруживается интеллектуальный дефект, напоминающий олигофрению.
У детей раннего возраста (до 3 лет) полного выключения сознания обычно не наблюдается, общемозговые расстройства бывают стертыми. Четким признаком черепно-мозговой травмы являются рвота, часто многократная, и вегетативные симптомы повышение температуры тела, гипергидроз, тахикардия, головокружение и др. Характерным является нарушение ритма сна и бодрствования. Ребенок не спит ночью и сонлив днем.
У детей грудного возраста черепно-мозговые травмы бывают бессимптомными, и родители их не замечают, однако в последующем у них обнаруживаются эпилептиформные припадки, психопатоподобные расстройства и интеллектуальная недостаточность.

14.1.4. Психические нарушения при травме взрывной волной
Травма взрывной волной — это комплексное поражение, включающее в себя сотрясение, ушиб мозга, травматизацию звукового анализатора, нарушение мозгового кровообращения, обусловленные резкими колебаниями барометрического давления (напоминающие нарушения при кессонной болезни).
Травма взрывной волной наблюдается при разрывах авиабомб, артиллерийских снарядов и поэтому, как правило, наблюдается только во время военных действий и редко при различных взрывных работах в мирное время.
Пораженный испытывает как бы удар упругим телом в область затылка, внезапно теряет сознание, чаще на непродолжительный срок. Во время бессознательного состояния пострадавшие лежат неподвижно, мускулатура расслаблена, они напоминают убитых, из ушей, носа, рта наблюдается кровотечение. После прояснения сознания может наблюдаться кратковременное возбуждение, которое сменяется выраженной адинамией: больные малоподвижны, вялы, безучастны к окружающему, предпочитают лежать даже в неудобных позах. Ретро- и антероградная амнезия встречаются редко, постоянной жалобой являются головная боль, тяжесть, шум в голове.
Типичным расстройством является сурдомутизм: больные не слышат и не могут говорить.
В тяжелых случаях на длительное время сохраняется адина-мическая астения, больные испытывают физический и психический дискомфорт, недовольство окружающим, постоянную раздражительность, ощущение слабости и бессилия. Относительно постоянны вегетативные и вестибулярные расстройства: головные боли, головокружения, внезапно возникающее чувство жара, затрудненного дыхания, давления в голове или в области сердца. Характерны различные ипохондрические жалобы, повышена чувствительность к звукам, свету, запахам. Ухудшение часто наблюдается по вечерам. Обычно нарушено засыпание, сон с неприятными яркими, часто устрашающими сновидениями с военной тематикой.
Наиболее характерным признаком травматического поражения взрывной волной является сурдомутизм. Слух, как правило, восстанавливается раньше речи, больные начинают слышать, но говорить не могут. Восстановление речи происходит спонтанно под влиянием эмоционально значимых ситуаций.
Свидание с родственниками или сообщение о трагических событиях могут привести к восстановлению речи. В ряде случаев приходится прибегать к специально подготовленным процедурам — ра-уш-наркозу и др., но обязательна предварительная психотерапевтическая подготовка.

При неврологическом обследовании выявляется легкая рассеянная симптоматика: анизокория, глазодвигательные нарушения, асимметрия оскала, отклонения языка.
Острый период этих расстройств колеблется от 4 до 6 недель, затем появляются другие психические нарушения, в этот период возможны колебания настроения, причем у молодых может наблюдаться состояние эйфории с повышенной раздражительностью и склонностью к приступам ярости или истерическим припадкам. У более зрелых пациентов часто преобладает пониженное настроение с дисфорическим оттенком или апатией, часто отмечаются жалобы на плохое физическое самочувствие, гиперестезия в отношении всех раздражителей.
14.1.5. Психические нарушения в отдаленном периоде черепно-мозговой травмы
В отдаленном периоде после перенесенной черепно-мозговой травмы наблюдаются различные проявления негативных расстройств, обусловленные сформировавшимся дефектом. Выраженность сформировавшегося дефекта зависит от многих причин: выраженности черепно-мозговой травмы, объема повреждений мозга, возраста, в котором она произошла, своевременности и объема терапии, наследственных и личностных особенностей, установок личности,

дополнительных экзогенных вредностей, соматического состояния и др.
Основным проявлением психических нарушений в отдаленном периоде черепно-мозговой травмы является психоорганический синдром с различной его выраженностью. В зависимости от выраженности психоорганического синдрома и сопутствующих психопатологических синдромов выделяют четыре основных варианта расстройств, травматическая церебрастения, энцефалопатия, включающая различные варианты психопатоподобных нарушений, эпилептиформные пароксизмальные расстройства травматического генеза, травматическое слабоумие. Некоторые авторы выделяют травматические эндоформные психозы.
Травматическая церебрастения. Астения — наиболее частое расстройство. Она наблюдается в более 60% случаев и является как бы сквозным синдромом (Арбатская Ю.Д. и др.). Если в остром периоде часто преобладает адинамия, то в отдаленном периоде — раздражительность и истощаемость. Вспышки раздражительности, как правило, непродолжительны, после реакции раздражения или гнева больные обычно сожалеют о несдержанности У больных часто обнаруживается недовольство собой и окружающими, готовность к эксплозивным реакциям. У больных достаточно постоянны вегетативные расстройства, колебания артериального давления, тахикардия, головокружение, головная боль, потли-

вость; часто возникают вестибулярные расстройства: больные плохо переносят транспорт, не могут качаться на качелях. Бывает нарушен ритм сон — бодрствование. Больные отмечают ухудшение самочувствия при изменениях погоды. В ряде случаев цереб-растенические расстройства достаточно быстро сглаживаются, однако выявляется невыносливость к дополнительным нагрузкам, характеризующая нестойкость компенсации.
Кроме того, характерной является торпидность и ригидность нервных процессов. После сравнительно легких черепно-мозювых травм больные утрачивают способность быстро переключаться с одного вида деятельности на другой. Вынужденная необходимость выполнять такую работу приводит к декомпенсации состояния и нарастанию выраженной церебрастенической симптоматики.
Выделяют два варианта травматической церебрастении: с преобладанием раздражительности или истощаемости и адинамич-ности. У больных последним вариантом преобладают вялость, медлительность, снижение интересов, жалобы на плохую память, быструю истощаемость и утомляемость. Работоспособность, как правило, нарушена, хотя объективные исследования не выявляют четких нарушений запоминания.
На фоне церебрастенических расстройств часто наблюдаются различные неврозоподобные симптомы, элементарные фобии, истерические реакции, вегетативные и соматические истерические расстройства, тревога и субдепрессивная симптоматика, вегетативные пароксизмальные приступы и др.
У детей при травматической церебрастении часто наблюдаются головные боли, которые возникают внезапно или при определенных условиях (в душном помещении, при беге, шуме), головокружения и вестибулярные расстройства встречаются реже. Собственно астения бывает слабо выражена, преобладает двигательная рас-торможенность, лабильность эмоций, возбудимость, вегетативно-сосудистые расстройства выражаются в усилении вазомоторных реакций, ярком дермографизме, тахикардии, гипергидрозе.
Травматическая энцефалопатия. Ведущими являются аффективные расстройства, характеризующиеся усилением и недиффе-ренцированностью эмоциальных реакций, которые включаются в клиническую картину психоорганического синдрома. Однако ин-теллектуально-мнестические расстройства не выражены, а основными проявлениями являются психопатоподобные формы поведения и отношения к окружающему. Наиболее часто встречаются истероформные и эксплозивные расстройства и их сочетание.
Условно выделяют травматическую энцефалопатию с психо-патизацией и травматическую энцефалопатию с апатией. У больных с апатическим вариантом энцефалопатии выражены астенические расстройства, причем преобладает истощаемость и утом-

ляемость. Такие больные вялые, бездеятельные, круг их интересов ограничен, они жалуются на нарушения памяти, затруднения при интеллектуальной деятельности. Часто больные непродуктивны не столько из-за интеллектуально-мнестических расстройств, сколько из-за истощаемости и аффективной лабильности.
Травматическая энцефалопатия с психопатоподобными расстройствами характеризуется преобладанием эмоциональной возбудимости над истощаемостью. Эмоциональные реакции, как правило, непосредственны в ответ на ситуацию и неадекватны по силе и выраженности. Они

бывают с истерическим или взрывчатым радикалом. Интеллектуально-мнестические расстройства обычно негрубые, но из-за аффективных нарушений продуктивная деятельность бывает затруднена. Такие больные из-за аффективной насыщенности переживаний часто не могут принять правильное решение и «соскальзывают» на аффективную логику. Напряжение в интеллектуальной деятельности вызывает недовольство собой и реакции раздражения. Часто наблюдается ослабление запоминания из-за невозможности сосредоточения, затруднено и воспроизведение нужных именно в данный момент сведений. У больных обнаруживается инертность и ригидность мышления, склонность к застреванию на неприятных эмоциональных переживаниях.

На высоте аффективной реакции могут возникать истерические припадки.

У детей и подростков травматическая энцефалопатия также бывает представлена двумя основными вариантами: с апатико-адинамическим и гипердинамическим синдромами. Выделяют синдром с нарушениями влечений (Сухарева Г.Е.).

У детей с апатико-адинамическим синдромом наблюдаются вялость, апатия, медлительность, снижение активности и стремления к деятельности, контакты с окружающими обычно ограничены из-за быстрой истощаемости, несостоятельности и отсутствия интереса. Со школьной программой такие больные не справляются, но дисциплину не нарушают, окружающим не мешают и поэтому не вызывают нареканий у педагогов.

У детей с гипердинамическим синдромом преобладает двигательная расторможенность, суетливость, иногда с повышенным настроением с оттенком эйфории. Дети находятся в состоянии постоянного беспокойства, бегают, шумят, вертятся на стуле, часто вскакивают, хватают какие-то веши, но тут же бросают. Их веселое настроение характеризуется неустойчивостью и беспечностью. Больные добродушны, внушаемы, иногда дурашливы. Эти состояния в отдаленном периоде могут быть более или менее длительными и стойкими. Наряду с отмеченными расстройствами у таких детей наблюдаются снижение критики, затруднения вусво-

ении нового материала. Дальнейшее развитие этих расстройств нередко приводит к более дифференцированному психопатопо-добному поведению. Дети плохо уживаются в коллективе, не усваивают учебный материал, нарушают дисциплину, мешают окружающим, терроризируют учителей В связи с тем, что такие больные не предъявляют никаких жалоб на здоровье, неадекватное поведение длительное время не оценивается как болезненное и к ним предъявляются дисциплинарные требования.

В ряде случаев психопатоподобное поведение развивается после черепно-мозговой травмы, не проходя стадии гипо- и гипердинамических расстройств. На первый план выступают нарушения влечений, грубость, жестокость, наклонность к бродяжничеству, угрюмо-недовольное настроение Интеллектуальная продуктивность снижена, утрачивается интерес к чтению, школе и вообще к любой познавательной деятельности, требующей интеллектуального напряжения. Характерна резко повышенная эффективность.

Эти расстройства наиболее полно характеризуют детский вариант травматической энцефалопатии.

Прогноз при этих расстройствах хуже, чем при церебрасте-нии, но, учитывая положительное влияние возрастного фактора и пластичность высших отделов ЦНС с широкими компенсаторными возможностями и активные лечебно-педагогические и реабилитационные мероприятия, можно надеяться на достаточно хорошую компенсацию у большинства детей и подростков

Некоторые авторы наряду с типичными энцефалопатически-ми расстройствами в отдаленном периоде черепно-мозговой травмы выделяют вариант циклотимоподобных расстройств, считая, что они с достаточным постоянством предшествуют некоторым формам психозов отдаленного периода. Циклотимоподоб-ные расстройства обычно сочетаются с астеническими или психопатоподобными расстройствами. Субдепрессивные расстройства встречаются чаще, чем гипоманиакальные, но и те и другие сопровождаются дисфорическим компонентом.

Для пониженного настроения характерна обидчивость, слезливость, ипохондрическая настроенность в отношении своего здоровья, иногда достигающая сверхценных идей со стремлением получить именно то лечение, которое, по их мнению, необходимо.

Гипоманиакальные состояния могут также сопровождаться сверхценным отношением к здоровью и сутяжным поведением, дисфориями, повышенной взрывчатостью и склонностью к конфликтам. Более или менее «чистые» гипоманиакальные состояния характеризуются восторженным отношением к окружающему, эмоциональной лабильностью, слабодушием.

Продолжительность этих состояний различна, чаще встречаются монополярные приступы. Аффективные расстройства нередко приводят к злоупотреблению алкоголем.

Эпилептиформные пароксизмальные расстройства (травматическая эпилепсия, травматическая энцефалопатия с эпилептиформны-ми припадками). Возникновение пароксизмальных расстройств может наблюдаться в различные сроки после перенесенной черепно-мозговой травмы, но чаще через несколько лет. Характерен полиморфизм пароксизмальных расстройств, встречаются генерализованные джексоновские и малые припадки. Относительно часто наблюдаются бессудорожные пароксизмы: малые припадки, абсансы, приступы каталепсии, так называемые эпилептические сны, разнообразные психосенсорные расстройства (метамор-фопсии и расстройства схемы тела). У некоторых больных наблюдаются четкие вегетативные пароксизмы с выраженной тревогой, страхом, [иперпатиеи и общей гиперестезией.
Сумеречные помрачения сознания чаще возникают после судорожных припадков и обычно свидетельствуют о неблагоприятном течении заболевания Возникающие сумеречные состояния, не связанные с судорожным припадком, часто обусловлены дополнительными экзогенными факторами и прежде всего алкогольной интоксикацией. Сумеречные состояния, обусловленные психической травматизацией, отличаются менее глубоким помрачением сознания, при этом с больным удается установить контакт. Длительность сумеречных состояний невелика, но иногда достигает нескольких часов.
В отдаленном периоде черепно-мозговой травмы могут наблюдаться так называемые эндоформные психозы: аффективные и аффективно-бредовые.
Аффективно-бредовые психозы. Эти психозы протекают в виде монополярных маний или депрессий, причем чаще наблюдаются маниакальные состояния. Психоз характеризуется острым началом, типично чередование эйфории с гневливостью, мориоподоб-ным дурашливым поведением Маниакальному состоянию часто предшествуют экзогенные факторы (интоксикации, повторные травмы, оперативное вмешательство, соматическая болезнь)
Депрессивные состояния могут быть спровоцированы психическими травмами. В состоянии, кроме тоскливости, наблюдаются тревога, ипохондрические переживания с дисфорическои оценкой своего состояния и окружающего.
Аффективно-бредовые психозы представляют собой сборную группу. Выделяют галлюцинаторно-бредовые и паранойяльные психозы, деление это условно, так как имеются различные переходные состояния.
Галлюцинаторно-бредовой психоз обычно возникает остро на фоне отчетливых проявлений травматической энцефалопатии с апатическими расстройствами. Провоцируют психоз соматические болезни, хирургические операции. В ряде случаев развитию

психоза предшествует сумеречное состояние сознания. Бредовая система, как правило, отсутствует, бред конкретный, простои, галлюцинации истинные, психомоторное возбуждение сменяется заторможенностью, аффективные переживания обусловлены бредом и галлюцинациями.
Паранойяльные психозы развиваются чаще у мужчин спустя много (10 и более) лет после черепно-мозговой травмы и встречаются в зрелом и позднем возрасте. Типичны сверхценные и бредовые идеи ревности с сутяжными и кверулянтскими тенденциями. Наличие в преморбиде паранойяльных черт необязательно Течение паранойяльного психоза коррелирует с изменениями личности, ригидностью и аффективной насыщенностью переживании, застреванием на аффективных отрицательных ситуациях. Паранойяльные идеи ревности могут усложняться паранойяльными идеями ущерба, отравления, преследования Развитие психоза принимает хроническое течение и сопровождается формированием психоорганического синдрома
Травматическое слабоумие. Наблюдается у 3—5% перенесших черепно-мозговую травму, у которых преобладает поражение лобных, лобно-базальных и базально-височных областей мозга (Арбатская Ю.Д., 1971). У некоторых больных травматическое слабоумие наступает после травматического психоза или является исходом травматической болезни с прогредиентным течением, обусловленным повторными травмами, или результатом развивающегося атеросклероза.
При травматическом слабоумии преобладают дисмнестичес-кие расстройства, наблюдаются снижение уровня интересов, вялость, аспонтанность, слабодушие У некоторых больных наблю-даются назойливость, эйфория, расторможенность влечений, переоценка своих возможностей, грубая некритичность.

В 1929 г. H.Martland описал энцефалопатию боксеров После неоднократных травм у боксеров наступает состояние, напоминающее легкое опьянение, появляется замедленность и неловкость движении, нарушается равновесие, снижаются интеллектуальные возможности В ряде случаев в отдаленном периоде развиваются паркинсонизм или эпилептиформные припадки.

Психические нарушения в позднем возрасте. Психические нарушения при черепно-мозговой травме у лиц пожилого возраста обычно сопровождаются потерей сознания. В остром периоде преобладают вегетативные и сосудистые расстройства, головокружение, колебания артериального давления, а тошнота и рвота встречаются относительно редко. В связи с неполноценностью сосудистой системы часто наблюдаются внутричерепные кровоизлияния, которые могут развиваться спустя некоторое время и

сопровождаться клинической картиной, напоминающей опухоль, и проявляться эпилептиформными припадками.

В отдаленном периоде более постоянны стойкие астенические расстройства, вялость, адинамия и различные психопатологические симптомы. ЧМТ обычно усиливают сосудистую патологию.

14.1.6. Рубрификация состояний по МКБ-10

В МКБ-Ю психические расстройства в связи с травмой головного мозга рассматриваются в разделе «Органические, включая симптоматические, психические расстройства» F 00—F 09, с учетом ведущего синдрома.

14.2. Этиология и патогенез

В остром периоде черепно-мозговой травмы все расстройства обусловлены механическим повреждением и отеком мозговой ткани, развивающимися гемодинамическими нарушениями и гипоксией мозга. Считают, что диффузный невоспалительный отек развивается в первые дни, достигая наибольшей выраженности к середине первой недели. Существует параллелизм между динамикой отека мозга и окончанием травматического психоза (Фауст К.)

Определенное значение придается блокаде проведения импульсов в синапсах, сдвигам в медиаторном обмене и нарушению функции ретикулярной формации ствола мозга и гипоталамуса.

При легких травмах мозга наблюдается незначительное нарушение структуры нервных клеток, которое может не привести к их гибели, функция их через некоторое время восстанавливается; при тяжелых травмах нервные клетки необратимо повреждаются и гибнут, место их замещается либо соединительной тканью (гли-озный рубец), либо жидкостью (киста)

В ряде случаев наблюдается нарушение синаптических связей между нервными клетками — травматическая асинапсия

Патогенез психических нарушений отдаленного периода черепно-мозговой травмы различен, характер и выраженность расстройств обусловлены тяжестью травмы, возрастом больного, до-полнительными вредностями Большое значение имеют повторные травмы, присоединившийся алкоголизм и патологический сосудистый процесс.

Возникновение состоянии помраченного сознания и паро-ксизмальных расстройств связано чаще всего с ликвородинамиче-скими нарушениями и локализацией травматического поражения.

14.3. Дифференциальный диагноз

В остром периоде черепно-мозговой травмы психические нарушения носят типичный экзогенный характер. Диагностические затруднения возникают при периодических травматических психозах.

При аффективных приступах диагностическое значение имеет дис-форический характер аффективных расстройств; при аффективно-бредовых приступах бред в отличие от шизофрении характеризуется простотой и конкретностью, более или менее постоянны жалобы це-ребрастенического характера и регредиентное течение заболевания. Для подтверждения травматического поражения делают рентгенографию черепа. На снимках обнаруживаются травматические изменения в костях черепа. С помощью компьютерной томографии мозга выявляют диффузные изменения, кисты, гидроцефалию, скопление крови и ликвора в субдуральном и эпидуральном пространствах.

14.4. Распространенность

Среди причин летальных исходов и инвалидизации населения, наступающих вследствие травм вообще, черепно-мозговые травмы занимают первое место. Смертность не единственная причина, которая делает эту проблему весьма актуальной. Травма приводит к тяжелым последствиям, инвалидизации, психическим дефектам, эпилепсии. У 63—75% детей,

перенесших черепно-мозговую травму, в дальнейшем возникают различные состояния, которые ведут к социальной дезадаптации как в учебной, так и в трудовой деятельности.
Считается, что у 80% больных перенесенную черепно-мозговую травму можно оценить как легкую, однако у трети таких больных наблюдаются различные психические и неврологические расстройства, мешающие вернуться к трудовой деятельности (Бадалян Л.О.).
Некоторые авторы отмечают, что у 38% больных, перенесших легкую черепно-мозговую травму, умственные показатели ниже среднего уровня, 58% не могут возобновить работу в течение 16 мес. после черепно-мозговой травмы (Uzzeff B.P. и др.).
Основной причиной роста числа черепно-мозговых травм во всех странах считается быстрое развитие транспорта. Именно транспортным травматизмом в мирное время обусловлено 52,1 % всех черепно-мозговых травм, на втором месте стоит бытовой травматизм (29,6%), на третьем — производственный (17%) (Бого-лепов Н.К. и др.).
Частота психических нарушении зависит от условий и характера черепно-мозговой травмы. Так, во время Великой Отечественной войны эти расстройства наблюдались у 70% лиц, перенесших черепно-мозговую травму, а в послевоенные годы — только у 25% больных. Несмотря на то, что при катамнестическом обследовании через 2—10 лет различные нервно-психические нарушения наблюдались у 90,6% перенесших черепно-мозговую травму, на учете в диспансере такие больные через 20 лет после воины составили 10% от общего числа больных.

14.5. Прогноз

Прогноз болезни при черепно-мозговых травмах неоднозначен. Д.Е.Мелехов (1947) сформулировал признаки, свидетельствующие о благоприятном прогнозе: I) полное стихание основного активного травматического процесса и его осложнений и отсутствие выраженных общемозговых нарушений; 2) локальность поражения и парциальность дефекта психики (изолированные явления выпадения, единственный синдром или нерезко выраженные изменения психики); 3) сравнительная сохранность интеллекта и социально-трудовых установок личности; 4) молодой возраст больного; 5) отсутствие тяжелых сопутствующих нервных и соматических заболевании и выраженных черт психопатии у больного до травмы; 6) своевременное привлечение к труду в соответствии с интересами больного и в доступной профессии.
Показателями прогредиентного течения травматического процесса следует считать следующие: I) продолжающееся снижение интеллекта с наступлением у некоторых больных органического слабоумия; 2) выраженные, стойкие или нарастающие изменения личности по органическому типу; 3) длительные или впервые возникающие через многие месяцы и годы после черепно-мозговой травмы психозы с галлюцинаторно-параноидными, ипохондрическими и депрессивными синдромами; 4) учащающиеся или впервые возникающие через несколько лет эпилепти-формные проявления; 5) усиливающаяся астенизация больного со снижением работоспособности. Однако длительная терапия и правильное трудоустройство и при прогредиентном течении приводят к стабилизации и обратному развитию отдельных болезненных симптомов (Дмитриева Т.Б.).
Прогноз при последствиях черепно-мозговой травмы ухудшается в связи с присоединившимся алкоголизмом.

14.6. Лечение и реабилитация

В острый период черепно-мозговой травмы терапевтические мероприятия обусловлены тяжестью состояния. Перенесшие даже легкую травму должны быть госпитализированы и соблюдать постельный режим в течение 7—10 дней, дети и пожилые люди нуждаются в более длительном пребывании в стационаре.
При симптомах, свидетельствующих о повышении внутричерепного давления, рекомендуется дегидратация (внутримышечно 10 мл 25% раствора сульфата магния, 1% раствор лазикса внутримышечно, спинномозговая пункция), при симптомах отека мозга назначают мочевину, маннитол. Для купирования вегетативных расстройств применяются транквилизаторы (седуксен, фенозе-пам и др.), для уменьшения гипоксии мозга рекомендуется окси-

баротерапия. При продуктивной психопатологической симптоматике и возбуждении назначают нейролептики и большие дозы седуксена (до 30 мг внутримышечно).
В периоде выздоровления рекомендуется общеукрепляющая терапия, ноотропные средства, витамины, при возбуждении — нейролептики.
В отдаленном периоде черепно-мозговой травмы необходим комплекс терапевтических и реабилитационных мероприятий, который состоит из психотерапии, адекватного

трудоустройства и реабилитации больного в социальном плане. Лекарственная терапия назначается в зависимости от преобладания в клинической картине той или иной симптоматики. Так, при лечении эпилепти-формных расстройств рекомендуется противосудорожная терапия, при аффективных депрессивных расстройствах — антидепрессанты и т.д.

14.7. Экспертиза

Трудовая экспертиза. Прогноз психических нарушений зависит в значительной степени от того, насколько правильно больной выполняет рекомендации и соблюдает режим. При сотрясениях головного мозга в легкой степени рекомендуется временная нетрудоспособность не менее I мес, при средней степени - 1,5-2 мес, при тяжелой — до 4 мес и более. При проведении экспертизы трудоспособности необходимо учитывать роль реабилитационных мероприятии.

Трудоустройство должно соответствовать состоянию больного и его возможностям. После черепно-мозговой травмы длительное время сохраняется инертность нервных процессов, поэтому в трудовых рекомендациях это следует учитывать. Больные не могут выполнять работу, требующую быстрого переключения с одного вида деятельности на другой, противопоказаны большие физические и интеллектуальные нагрузки.

В связи с тем, что психические нарушения при травматических нарушениях характеризуются обычно регредиентным течением, группа инвалидности должна пересматриваться.

Судебно-психиатрическая экспертиза. Экспертное решение при судебно-психиатрическои экспертизе зависит от клинической картины психических нарушений травматического генеза при совершении общественно опасных действий. Больные, совершившие правонарушение в состоянии травматического психоза, выраженного слабоумия, расстроенного сознания, признаются невменяемыми. Гражданские акты, заключенные такими больными, признаются судом недействительными.

Глава 15. АЛКОГОЛИЗМ И АЛКОГОЛЬНЫЕ ПСИХОЗЫ

Алкоголизм — хроническая болезнь, развивающаяся вследствие длительного злоупотребления спиртными напитками с патологическим влечением к ним, обусловленным психической, а затем и физической зависимостью от алкоголя Термин «хронический алкоголизм» считается устаревшим, так как острую интоксикацию называют алкогольным опьянением. Алкоголизм сам по себе расстройство не психотическое, но при нем могут возникать психозы, причиной которых служит как хроническое отравление самим алкоголем, так и вызванные им нарушения метаболизма, в особенности функции печени. Алкогольное опьянение может стать также провокатором эндогенных психозов. На исходной стадии алкоголизма развивается деменция.

15.1. Алкогольное опьянение

Опьянение проявляется психическими, неврологическими и соматическими нарушениями. Их тяжесть зависит не только от дозы алкоголя, но и от скорости его всасывания из желудочно-кишечного тракта и от чувствительности к нему организма. Всасывание алкоголя происходит в желудке и в тонком кишечнике. Обильная, особенно богатая жиром и крахмалом (картофель) пища замедляет всасывание. Натощак и в присутствии углекислоты (шампанское, газированные напитки) всасывание ускоряется. Чувствительность повышается при утомлении, голодании, недосыпании, охлаждении и перегревании Переносимость алкоголя снижена у детей, инфантильных подростков, стариков и у соматически ослабленных людей Она может зависеть от генетических факторов, например от определяющих активность ферментов, перерабатывающих алкоголь. Из-за генетически обусловленной низкой активности этих ферментов некоторым народам Крайнего Севера присуща крайняя непереносимость алкоголя: от умеренных доз у них может наступить опасное для жизни коматозное состояние.

15.1.1. Типичная картина (простое опьянение)

У непьющих эта картина простого опьянения встречается наиболее часто. В зависимости от тяжести состояния принято выделять три степени опьянения.

У лиц с легкой степенью опьянения состояние напоминает ги-поманиакальное и обычно проявляется повышением настроения (эйфория) с чувством довольства, комфорта и желанием общаться с окружающими. Люди становятся говорливыми, речь делается громкой и быстрой, мимика утрированной, жесты размашистыми, движения порывистыми, но менее точными. Внимание легко

отвлекается Качество работы, особенно требующей сосредоточения, уху іішлется, но свои возможности человек переоценивает. Отмечаются гиперемия лица, тахикардия, повышение аппетита и растормаживание сексуального влечения. Через 2—4 ч наступает вялость и сонливость. Весь период опьянения вспоминается хорошо.

У лиц со средней степенью опьянения отмечаются выраженные неврологические нарушения:

речь делается смазанной (дизартрия), походка — шаткой, при стоянии они покачиваются (атаксия), почерк резко меняется, при пальценосовой пробе промахиваются. Нередко возникает тошнота и рвота (при развитии алкоголизма их уже не бывает). Настроение неустойчивое: эйфо-рия с бурными проявлениями веселья чередуется с раздражительностью, озлобленностью, склонностью к скандалам и агрессии. Внимание переключается с трудом. Ориентировка в окружающем сохранена. Возбуждение сменяется глубоким сном, за которым следуют разбитость, вялость, головная боль. О некоторых событиях во время опьянения могут помнить смутно.
Тяжелая степень опьянения проявляется прогрессирующим угнетением сознания — от выраженного оглушения до сопора и комы. Во время оглушения опьяневшие стоять не могут (атаксия). Лицо амимично. Рвота опасна аспирацией рвотных масс. Нередко недержание мочи и кала. Тело становится холодным, конечности — цианотичными. Оглушение с маловнятным бормотанием или отдельными эмоциональными выкриками переходит в беспробудный сон — сопор, во время которого даже старый прием — запах нашатырного спирта — не пробуждает, а лишь вызывает гримасу и стон (псевдоаффект). В коматозном состоянии исчезает реакция зрачков на свет, а при углублении комы — корнеальный рефлекс, дыхание делается затрудненным, пульс ослабевает. После пробуждения от тяжелой степени опьянения воспоминаний не сохраняется (амнезия). Несколько дней удерживается астения и потеря аппетита.
15.1.2. Атипичная картина опьянения
Атипичная картина опьянения развивается при некоторых видах психопатий (расстройств личности), после перенесенных в прошлом черепно-мозговых травм, мозговых инфекций, нейро-интоксикаций, психических заболеваний, при некоторых хронических соматических заболеваниях. Атипичному опьянению способствуют также вынужденная бессонница, сильный эмоциональный стресс, а также сочетание алкоголя с другими токсическими и лекарственными средствами.
Дисфорическое опьянение встречается при эксплозивных и эпи-лептоидных психопатиях и акцентуациях характера эпилептоид-

ного типа, после черепно-мозговых травм, при эпилепсии с изменениями личности. Вместо эйфории возникает дисфория — злобно-мрачное настроение с желанием «разрядиться» на окружающем. Больные пристают к другим людям, задирают их, наносят побои, иногда жестокие, в драке звереют. Ломают вещи, бьют стекла и посуду. Сексуальная агрессия сочетается с садизмом. В одиночестве могут наносить самоповреждения, особенно порезы.
Депрессивное опьянение характерно для тех, кто вообще склонен к депрессиям (циклоидные и сенситивные личности), или для перенесших тяжелые психические травмы, употребляющих алкоголь, чтобы «забыться». Жалобные причитания и плач сопровождаются высказываниями о мрачной безысходности, самоупреками, самобичеванием или обвинениями других в несправед-ливости. У больных в состоянии легкого опьянения иногда бывает только мрачный вид, они молчаливы, переживания таят в себе. В эти моменты они могут совершать неожиданные для окружающих суицидные действия.
Сомнолентное опьянение встречается у астеничных и ослабленных субъектов, при быстром всасывании алкоголя (газированные напитки), а также при его сочетании с транквилизаторами или клофелином. Эйфория мимолетна или вовсе отсутствует, вегетативные нарушения не выражены. После приема алкоголя быстро наступает крепкий сон. Его глубина и продолжительность зависят от степени опьянения, возможен переход в сопор и кому.
Истерическое опьянение возникает при гистрионическом расстройстве личности (истерической психопатии) и при истероид-ной акцентуации характера. Проявляется бурной экспрессией — патетическими интонациями, выразительными жестами, позами, утрированной мимикой. Пьяный перед окружающими разыгрывает спектакль, изображая несчастного и страдающего или выдающуюся личность, никем не понятую и т.д. Опьянение может завершиться истерическим припадком.
Другие виды атипичного опьянения, например гебефреническое с нелепым хохотом и кривляньем или импульсивными поступками, встречаются довольно редко.
15.1.3. Патологическое опьянение
В редких случаях прием алкоголя (иногда даже небольшого количества крепких напитков у непьющих) вызывает транзитор-ный (кратковременный) психоз. Начало его внезапное, а длительность — от получаса до суток. Протекает с картиной сумеречного состояния или острого параноида.

Сумеречное патологическое опьянение проявляется отрешенным видом больных, которые куда-то стремятся, от кого-то убегают, проявляют агрессию — жестокую и бессмысленную. Движения хо-

рошо координированы. Сохраняется возможность действий, требующих навыков и даже ловкости. Поэтому на окружающих они не производят впечатление опьяневших, а лишь слегка выпивших. В контакт с ними вступить не удается. Совместная с кем-либо деятельность невозможна, все поступки совершаются в одиночку. Действуют молча или с отдельными злобными выкриками. Лицо бледное, зрачки расширены. Все завершается крепким сном (порой засыпают в самом неподходящем месте) или полной прострацией с вялостью и безучастностью к тому, что происходит вокруг, и убеждением, что все, что они натворили, не имеет к ним никакого отношения. Амнезия обычно бывает полной. Реже сохраняются отрывочные воспоминания, похожие на сновидения: сперва их помнят, а потом забывают. Этот тип патологического опьянения чаще возникает у тех, кто перенес черепно-мозговые травмы, болен эпилепсией или при эпилептоидной психопатии.

Параноидное патологическое опьянение отличается внезапным, как озарение, бредовым толкованием происходящего вокруг. С ним могут быть связаны иллюзии, реже слуховые и зрительные галлюцинации. Обычно преобладает страх: считают, что окружены бандитами, террористами, что их хотят убить и т.д. Реже преобладает бред отношения или воздействия. Содержание бредовых переживаний нередко связано с ранее виденным или от кого-то услышанным, но произведшим большое впечатление. Как правило, наблюдаются также некоторые изменения сознания: отдельные периоды времени или эпизоды полностью выпадают из памяти, другие, наоборот, могут запоминаться своей необычной яркостью, видением малейших деталей. Все завершается обычно не сном, а состоянием прострации.

15.1.4. Лечение

Легкое опьянение лечения не требует. Неукротимую рвоту можно прервать внутримышечными инъекциями галоперидола, терален (алимемазина). При коллаптоидном состоянии показано внутривенное вливание кофеина с глюкозой. Дисфорическое возбуждение устраняется инъекцией сибазона (седуксена). При сопоре и коме наиболее эффективно внутривенное вливание бе-мегрида с кофеином, кордиамином и глюкозой, а также интенсивная дезинтоксикация (капельные внутривенные вливания глюкозы, реополиглюкона, гемодеза, диуретиков).

15.1.5. Экспертиза

Осуществляется на основании клинических признаков опьянения и специальных диагностических приемов. Наиболее важными среди последних является определение содержания алкоголя в крови. В норме у здоровых непьющих людей постоянно содержится в

крови до 0,02% о (до 0,02 г/л) «эндогенного алкоголя» — продукта естественного метаболизма. Тяжесть опьянения зависит от концентрации в крови этанола. Распространена ориентировочная схема оценки тяжести опьянения по содержанию алкоголя в крови (в г/л):

до 0,3 — опьянения нет
0,3—1,5 —легкое опьянение
1,3—3,0 — опьянение средней степени
3,0—5,0 —тяжелое опьянение
6,0 и выше — опасное для жизни

Наиболее точным специфичным и чувствительным методом определения алкоголя в крови служит газожидкостная хроматография.

Для предварительного заключения используются малоспецифичные качественные пробы обнаружения алкоголя в выдыхаемом воздухе (дуют в раствор через трубку в течение 15-20 с).

Реакция Рапопорта состоит в том, что под действием продуваемого алкоголя обесцвечивается розовый 0,5% раствор калия пер-манганата с добавлением капель серной кислоты. Однако обесцвечивающее действие проявляют также содержащийся в выдыхаемом воздухе ацетон (больные сахарным диабетом!), бензин, эфир.

Реакция Мохова—Шинкаренко ставится в специальных стеклянных индикаторных трубочках, содержащих мелкозернистый сили-кагель, обработанный хромовым ангидридом и серной кислотой. Перед употреблением обламывают оба конца запаянной трубочки и дуют через широкий конец. От алкоголя желтая окраска меняется на зеленую или голубую, от бензина — на коричневую.

Состояние опьянения диагностируют наркологи, психиатры и неврологи, а в их отсутствие — врачи других специальностей (нередко дежурные врачи приемных покоев).
Освидетельствование проводится по направлению органов милиции или учреждений, где работает подэкспертный. В направлении должны быть указаны фамилия, имя, отчество, дата и час выдачи направления, факты, заставившие заподозрить опьянение, и куда следует передать заключение.

15.2. Алкоголизм

Пьянство как предшественник алкоголизма. Многократное и даже довольно регулярное употребление алкоголя в дозах, вызывающих выраженное и даже сильное опьянение, само по себе не является алкоголизмом как болезнь, если не сопровождается характерными для этого заболевания признаками. В развитых странах не более 10% взрослой популяции относится к абсолютным трезвенникам — полностью воздерживающимся от спиртных напитков. Пьянством принято считать такие многократные и регулярные выпивки, которые наносят явный ущерб соматическому

здоровью или создают социальные проблемы на работе, в семье, в обществе. Ему нередко дают разные названия: «злоупотребление алкоголем», «бытовое пьянство», «донозологическии алкоголизм» и др
Алкоголизм обычно развивается после нескольких лет пьянства (злокачественные формы даже за год—два). Однако некоторые лица могут пьянствовать многие годы без развития у них алкоголизма

15.2.1. Стадии алкоголизма 15.2.1.1. Первая стадия (стадия психической зависимости)

Патологическое влечение к алкоголю (его также называют «первичным», «обсессивным») является главным среди начальных признаков. Алкоголь становится средством, постоянно необходимым, чтобы поднять настроение, чувствовать себя уверенно и свободно, забыть о неприятностях и невзгодах, облегчить контакты с окружающими, эмоционально разрядиться.
Психическая зависимость от алкоголя основывается на этом влечении. Суть ее состоит в том, что выпивки делаются главным интересом в жизни: все помыслы сосредоточиваются на них, придумываются поводы, изыскиваются компании, всякое событие прежде всего рассматривается как причина для выпивки. Ради этого забрасываются другие дела, развлечения, хобби, не сулящие застолий, знакомства. На спиртное тратятся деньги, предназначенные на самое необходимое Выпивки становятся регулярными — по 2—3 раза в неделю и чаще.
Кроме патологического влечения и психической зависимости, остальные признаки являются менее постоянными и поэтому менее надежны для диагностики алкоголизма
Повышение толерантности к алкоголю, т.е. минимальной его дозы, способной вызвать хотя бы легкое опьянение (или, наоборот, максимальной дозы, не вызывающей его), на первой стадии достигает того, что для опьянения требуется доза в 2—3 раза большая, чем прежде. Однако после длительного перерыва в выпивках толерантность может падать. В подростковом и юношеском возрасте она может расти без алкоголизма за счет физического развития, увеличения массы тела Наиболее точная оценка толерантности может быть сделана по минимальному содержанию алкоголя в крови, когда очевидны первые признаки опьянения. В США толерантность считается повышенной, если нет опьянения при 1,5 г/л.
Утрата количественного и ситуационного контроля проявляется тем, что, начав пить, люди не могут остановиться и напиваются до тяжелого опьянения (т.е. в опьянении патологическое влечение к алкоголю еще более усиливается), а также тем, что перестают учитывать ситуацию, когда появление в нетрезвом виде грозит серьезными неприятностями. Но иногда контроль утрачи-

вается только на II стадии алкоголизма. Изредка, особенно при эпилептоидных психопатиях и акцентуациях характера, встречается изначальное отсутствие количественного контроля, с первых опьянений возникает неудержимое желание напиваться «до отключения». Подростки и молодежь иногда пренебрегают ситуацией из-за бравады.
Исчезновение рвотного рефлекса, который является защитным (из желудка удаляется часть алкоголя), свидетельствует о привыкании к большим дозам. Однако у 5—10% этот рефлекс может изначально отсутствовать. Тогда большая доза алкоголя вызывает беспробудный сон, сопор, кому.
Блекауты (палимпсесты)^ — выпадение из памяти отдельных периодов опьянения, во время которых сохранялась способность действовать и говорить и даже не производить на других

впечатление сильно опьяневших. Этот феномен появляется в одних случаях на первой, в других — на второй стадии алкоголизма. У тех, кто перенес черепно-мозговые травмы или болен эпилепсией, а также при эпилептоидной психопатии и акцентуации характера блекауты могут появляться с первых в жизни сильных опьянений.

15.2.1.2. Вторая стадия (стадия физической зависимости)

Физическая зависимость от алкоголя служит основным признаком II стадии. Суть ее состоит в том, что регулярное поступление алкоголя в организм становится необходимым условием для поддержания измененного гомеостаза — постоянства внутренней среды Многолетние постоянные выпивки приводят к перестройке биохимических процессов. Например, резко активизируется ферментная система, участвующая в переработке алкоголя. Например, у непьющих около 80% всосавшегося алкоголя разрушается алкогольдегидрогеназной печени, около 10% — каталазой в других тканях и еще 10% выводится с выдыхаемым воздухом, мочой и калом. По мере развития алкоголизма активность каталазы возрастает — на II стадии до 50% уже инактивируется ею. Повышается также активность аспартат- и аланинаминотрансфераз и других ферментов, происходят иные сдвиги, касающиеся биологически активных веществ (катехоламинов, кинуренинов и др.), которые предназначены для биохимической адаптации к постоянному поступлению больших доз алкоголя.

Компульсивное (вторичное, неодолимое) влечение основывается на физической зависимости. Оно сравнимо с голодом и жаждой. Алкоголь делается насущной потребностью. Его отсутствие вызывает болезненные расстройства.

1 Blackout (англ) — временное затемнение, pahmpseston biblion (древне-греч) — рукопись на пергаменте на месте прежнего стертого или соскобленного текста

Абстинентный синдром — болезненное состояние, возникающее вследствие прекращения поступления привычной дозы алкоголя. Его особенность состоит в том, что все нарушения на время устраняются или смягчаются приемом спиртных напитков. Абстиненция проявляется психическими, неврологическими и соматическими расстройствами. Астения, раздражительность, беспричинная тревога сочетаются с бессонницей или беспокойным сном и кошмарными сновидениями. Характерны мышечный тремор (особенно крупноразмашистый пальцев рук), чередование озноба и проливного пота, жажда и утрата аппетита. Больные жалуются на головную боль и сердцебиение. Артериальное давление нередко повышено, иногда значительно. В зависимости от типа акцентуации характера могут проявляться дисфория, истерическое поведение с демонстративными суицидными попытками или депрессии с истинными суицидными намерениями, паранойяльные идеи ревности, преследования, отношения. В тяжелых случаях могут развиваться алкогольный делирий («белая горячка») и судорожные припадки («алкогольная эпилепсия»).

Во время абстиненции резко обостряется вторичное патологическое влечение к алкоголю, оно становится неодолимым.

Абстиненция начинается через 12—24 ч после выпивки. Продолжительность ее зависит от тяжести — от 1 —2 сут до 1 —2 нед. При интенсивном лечении она завершается быстро и протекает легче.

На II стадии алкоголизма встречаются также другие симптомы. Но их диагностическое значение меньше. Одни из них непостоянны, другие могут проявляться еще на I стадии.

Толерантность к алкоголю может возрастать в 5 и более раз в сравнении с первоначальной опьяняющей дозой. Утрата количественного контроля, как правило, имеет место. Нередко может быть отмечена «критическая» доза алкоголя, после которой никакой контроль невозможен. Более очевидной становится потеря ситуационного контроля — пьют с кем попало и где попало. При отсутствии спиртных напитков прибегают к суррогатам — различным спиртсодержащим жидкостям (политура, клей БФ и т.д.). Более частыми и выраженными становятся блекауты (палимпсесты).

Изменение картины опьянения более характерно для II стадии. Эйфория становится короче и слабее. Ее заменяют раздражительность, взрывчатость, недовольство, склонность к скандалам и агрессии. Более частыми бывают дисфорический и истерический типы опьянения.

Изменение формы злоупотребления алкоголем сводится к тому, что часть больных пьянствует постоянно, а часть — периодически. Встречается также промежуточная форма. При постоянном злоупотреблении почти каждый вечер больные выпивают большие

дозы алкоголя, а по утрам — небольшие («похмеляются»), чтобы избежать абстиненции. Для

периодической формы характерны запои — истинные и ложные, а между ними — умеренное злоупотребление или даже полное воздержание.
Истинные запои — особая форма алкоголизма (прежде называвшаяся дипсоманией), развивающаяся на фоне циклоидной акцентуации характера или циклотимии. Запою предшествует аффективная фаза в виде «смешанного состояния»: депрессия сочетается с беспокойством и неудержимым желанием подавить тягостное состояние с помощью алкоголя. Запой длится несколько дней, при этом в первые дни обнаруживается высокая толерантность к алкоголю, в последующие дни она падает. Запой нередко завершается аверсионным синдромом — полным отвращением к алкоголю, один вид которого вызывает тошноту и рво-гу. Далее в течение нескольких недель или месяцев больные полностью воздерживаются от выпивок до наступления следующей аффективной фазы.
Ложные запои (псевдозапои) характерны для II стадии алкоголизма. Они возникают вследствие социально-психологических факторов (конец рабочей недели, получение денег и т.д.). Именно от этих факторов зависит периодичность пьянства, никаких аффективных фаз в основе их не лежит. Длительность запоев различна. Они прерываются вследствие активного противодействия окружения (дисциплинарные меры, ведущие к стрессу скандалы и т.д.) или по причине отсутствия спиртных напитков.
Изменения личности становятся выраженными именно на II стадии. Заостряются черты акцентуации характера. Гиперти-мы делаются более эйфоричными, неразборчивыми в знакомствах, склонными к нарушениям правил и законов, к риску, безалаберному образу жизни; шизоиды становятся еще более замкнутыми, эпилептоиды — эксплозивными и склонными к дисфо-риям, у истероидов усиливаются присущие им демонстратив-ность и театральность. Однако заострение черт типа акцентуации у подростков и молодежи может происходить еще на I стадии алкоголизма, а неустойчивый тип акцентуации даже может достигать степени психопатии.
Соматические осложнения алкоголизма также нередко начинаются со II стадии. Особенно характерна алкогольная жировая дистрофия печени, которая выступает из-под реберной дуги, болезненна при пальпации, могут нарушаться функциональные пробы, особенно чувствительна бромсульфофтал ей новая. Может развиваться хронический алкогольный гепатит. Поражения печени грозят ее алкогольным циррозом. Другим нередким осложнением является алкогольная кардиомиопатия (тахикардия, расши-

рение границ сердца, приглушение сердечных тонов, одышка при физических нагрузках). Встречаются алкогольные панкреатиты, как острые, так и хронические, а также алкогольные гастриты. Алкоголизм способствует развитию язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.
Сексуальные нарушения после частого повышения сексуальной активности на I стадии из-за пренебрежения этически-моральными ограничениями на II стадии начинают проявляться ослаблением сексуальной потенции (у мужчин уменьшаются эрекции, появляется преждевременная эякуляция), которое может сочетаться с усилением чувства ревности к супругам и сожительницам.
Социальная дезадаптация бывает различной по степени — от полной с паразитическим образом жизни и преступлениями до весьма умеренной с удовлетворительной трудоспособностью и сохранением, несмотря на конфликты, семьи. В значительной мере дезадаптация зависит от отношения близких и окружения к больному алкоголизмом.
15.2.1.3. Третья стадия (стадия алкогольной деградации)
Снижение толерантности к алкоголю иногда наступает после многих лет высокой выносливости и является главным признаком III стадии. Сперва уменьшается разовая доза — опьянение наступает от маленькой рюмки. Суточная доза уменьшается позднее. Переходят от крепких напитков к слабым, обычно к дешевым винам. Перерыв алкоголизации вызывает тяжелые явления абстиненции с бессонницей, тревогой, страхом, выраженными неврологическими и соматическими нарушениями. Иногда во время абстиненции развивается делирий или судорожный припадок.
«Псевдоабстиненции» — состояния со многими признаками абстинентного синдрома (мышечный тремор, потливость и ознобы, бессонница, тревога и депрессия), возникающие во время ремиссии — после длительного (недели, месяцы) воздержания от алкоголя. Во время них влечение к алкоголю снова становится неодолимым. Толчком для развития псевдоабстиненции могут быть острые соматические или инфекционные заболевания, реже — эмоциональные стрессы. Иногда псевдоабстиненции возникают периодически без видимых причин. Эти

состояния чаще всего встречаются на III стадии.
Алкогольная деградация проявляется однообразными изменениями личности — прежние заостренные черты определенного типа акцентуации сглаживаются. Утрачиваются эмоциональные привязанности. Больные становятся безразличными к близким, пренебрегают самыми элементарными моральными и этическими принципами, правилами общежития. Некритически относят-

ся к своему поведению. Эйфоричность сочетается с грубым цинизмом, плоским «алкогольным» юмором, чередуется с дисфори-ями и агрессивностью. Развиваются психоорганические наруше-ния: ухудшается память, затрудняется переключение внимания, снижается интеллект (алкогольная деменция). Нарастает пассивность, вялость. Больные ко всему, кроме выпивки, становятся совершенно безразличными.
Социальная дезадаптация обычно бывает полной: больные оказываются нетрудоспособными, семейные связи порываются, они ведут паразитический образ жизни.
Соматические последствия на III стадии бывают тяжелыми. Нередки циррозы печени и выраженные кардиомиопатии.
Алкогольные полиневропатии («алкогольные полиневриты») проявляются жалобами на боли и неприятные ощущения в конечностях — онемение, парестезии, судорожные сведения. У больных нарушается походка. Могут быть парезы, атрофируются мышцы. Деструктивные изменения периферических нервных волокон связывают не только с прямым токсическим действием алкоголя, но и с дефицитом витаминов группы В, а также с интоксикацией в связи с поражением печени.
Алкогольные психозы на III стадии значительно учащаются. Делирии бывают повторными. Встречаются острый и хронический слуховой галлюцинозы, энцефалопатические психозы.
15.2.2. Течение
Алкоголизм, как правило, развивается медленно. У подавляющего большинства больных I стадия становится очевидной после 5—10 лет пьянства, а у 10% — через 15 лет и более. На скорость развития влияет интенсивность пьянства. При систематическом приеме алкоголя в дозах, превышающих 0,5 л водки, 1—2 раза в неделю первые признаки алкоголизма могут обнаруживаться уже через год, а при дозах до 200 г почти ежедневно эти же признаки появляются через 5 лет и более.
Продолжительность 1 стадии в среднем составляет 3—5 лет, длительность 11 стадии весьма различна — у большинства от 5 до 15 лет.
Злокачественный алкоголизм отличается резким сокращением всех упомянутых сроков. За 1—2 года пьянства появляются признаки 1 стадии, еще через год-другой наступает II стадия. Нередки разнообразные осложнения, в особенности алкогольные психозы.
Злокачественное течение встречается у лиц, перенесших черепно-мозговые травмы, мозговые инфекции и нейроинтоксика-ции (например, после злоупотребления ингаляциями паров бен-зина), при эпилептоидных психопатиях и при конституциональной интолерантности к алкоголю. Злокачественный алкоголизм составляет 5—10%.

15.2.3. Возрастные и половые особенности
Ранний (подростковый, юношеский) алкоголизм включает формирование признаков хотя бы I стадии в возрасте до 18 лет. Существует мнение, что этот алкоголизм протекает всегда злокачественно. Однако в большинстве случаев признаки зависимости появляются только после 3—5 лет пьянства В подростковом возрасте чаще приходится сталкиваться с I стадией алкоголизма, II стадия встречается редко, а III стадия вообще не успевает развиться. Поэтому алкогольные психозы в этом возрасте также нечасты, если только выпивки не сочетаются с приемом других психоактивных средств. Социальная дезадаптация наступает быстро, иногда еще до первых признаков алкоголизма.
Алкоголизм в пожилом возрасте, если пьянство в этом же возрасте началось, развертывается относительно медленно. Однако соматические осложнения выступают рано и само старение ускоряется.
Женский алкоголизм протекает, как правило, более тяжело, чем у мужчин: быстрее формируется, одна стадия скорее сменяет другую, чаще встречается злокачественный тип. Весьма выраженной бывает социальная дезадаптация.
15.2.4. Симптоматический алкоголизм
Этим термином обычно обозначают присоединение алкоголизма к другим психическим

расстройствам.
При шизофрении само алкогольное опьянение, особенно в подростковом и молодом возрасте, может оказаться провокатором приступа или начала непрерывно-прогредиентного течения. Больным шизофренией свойственны атипичные опьянения — с импульсивными нелепыми поступками, с гебефреническим дурашливым возбуждением, депрессивное или дисфорическое. Может возникнуть патологическое параноидное опьянение.
Течение самого алкоголизма различно. Нередко случаи, когда продолжительное тяжелое пьянство неожиданно легко обрывается без заметных явлений абстиненции и даже само влечение к алкоголю исчезает Однако возможны и случаи злокачественного развития алкоголизма. При вялотекущей шизофрении и во время ремиссий алкоголизм встречается чаще. Алкоголизму присуще патопластическое действие — изменение картины самой шизофрении. При параноидной форме усиливается слуховой вербальный галлюциноз и могут появиться мучительные сенестопатии. При вялотекущей форме и во время ремиссий становятся более выраженными психопатоподобные расстройства (жестокость, сексуальная расторможенность, грубая циничность).
При маниакально-депрессивном психозе алкоголизм присоединяется относительно редко. Опьянение может провоцировать маниакальную фазу. Попытки больных в начале депрессии прервать

се с помощью алкоголя лишь ухудшают настроение Иногда алко-юлизм может развиваться на фоне затяжных депрессий. Периодический тип течения алкоголизма в виде истинных запоев предположительно связывается с циклотимией
При эпилепсии присоединяющийся алкоголизм значительно отягощает течение Характерны дисфорические опьянения и раннее появление блекаутов (палимпсестов) Пьянство довольно бы-стро переходит в алкоголизм и чаще протекает по периодическому типу — с истинными и ложными запоями. После запоев резко учащаются припадки, могут возникнуть сумеречные состояния, развиться эпилептический статус.
При посттравматической энцефалопатии развитие алкоголизма нередко бывает злокачественным Опьянение протекает по дис-форическому типу или эйфория чередуется с эксплозивностью — взрывами раздражения и агрессии. Возможны патологические сумеречные опьянения. На II стадии нередки алкогольные делирии. Блекауты могут появиться с первого опьянения и распространиться почти на весь его период. В ходе развития алкоголизма резко усиливаются психопатологические изменения личности.

15.2.4.1. Рубрификация в МКБ-10

Алкоголизм включен в раздел «Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ». В разделе предусмотрены рубрики и подрубрики для острой алкогольной интоксикации разной степени тяжести и с разными особенностями проявлений, патологического опьянения, синдрома абстиненции и разных стадий алкоголизма В этом же разделе рубрифицированы алкогольные психозы.

15.2.5. Этиология и патогенез

Длительное и интенсивное злоупотребление спиртными напитками — обязательное, но не единственное условие развития алкоголизма как болезни. Некоторые люди пьянствуют по 15 лет и более и ни физической, ни психической зависимости от алкоголя у них не обнаруживается. Факторы, участвующие в формировании алкоголизма, принято разделять на социальные («алко-гольный климат» в обществе, питейные традиции, алкогольная политика правительства), психологические и биологические. Среди психологических факторов особое внимание привлекает мотивация употребления спиртных напитков.
Мотивы, т.е. побуждения к выпивкам, принято разделять на гедонистические (желание испытать удовольствие, вызвать эйфорию, почувствовать себя «на высоте» и т.д) и атарактические (стремление к релаксации — успокоению, уходу от неприятностей

и трудностей, устранению беспокойства и тревоги). Кроме того, выделяются мотивы социально-психологические: традиционные (питейные обычаи субкультуры) и субмиссивные (подчинение влиянию других людей и групп).
С появлением психической зависимости ведущим становится аддикгивный мотив (пристрастие, патологическое влечение к алкоголю), а с развитием физической зависимости — страх абсти-ненции, желание ее предотвратить или прервать.
От истинной мотивации следует отличать мотивировку — объяснение, которое дает сам

пьющий. Мотивировка может маскировать или искажать истинную мотивацию.
Патогенез в качестве основных звеньев имеет формирование психической и физической зависимости — первичного и вторичного влечения к алкоголю. Хроническая интоксикация алкоголем вызывает разнообразные биохимические и нейрофизиологические изменения в организме в целом и в мозге в частности. Однако, какие из них являются следствием интоксикации, а какие лежат в основе зависимости, пока определенно выявить не удается.
Предполагается, что в основе психической зависимости лежат нейрофизиологические сдвиги — патологическая активация определенных гипоталамических систем, получивших название «центр наслаждения». Согласно гипотезе И.П.Анохиной, эта активация вызвана действием алкоголя на катехоламиновую систему гипоталамуса: избыточное высвобождение норадреналина ведет к его дефициту, на фоне которого для активации нужны новые поступления алкоголя. Основу физической зависимости составляет усиленный распад и синтез катехоламинов. Когда очередная доза алкоголя не поступает, то распад снижается, а синтез остается усиленным — в мозге накапливается предшественник норадреналина дофамин. Важная роль в патогенезе другими авторами приписывается нарушениям обмена серотонина, кинуренинов, гамма-аминомасляной кислоты и других биологически активных веществ.
Ведется поиск связи с дисфункцией опиатной системы организма — изменением активности опиатных рецепторов и эндогенных морфиноподобных веществ (эндорфины, энкефалины) в надежде найти единый механизм зависимости и от алкоголя, и от наркотиков, и от других токсичных веществ. Возможно также, что в развитии физической зависимости участвует изменение ферментных систем печени и других тканей — повышение активности алкогольдегидрогеназы и каталазы, снижение активности фермента, расщепляющего ацетальдегид (промежуточный продукт окисления алкоголя).
Роль наследственности становится очевидной из ряда факторов. Риск алкоголизма остается высоким у детей алкоголиков, которые с младенчества воспитывались непьющими приемными

родителями. Совпадение алкоголизма у монозиготных близнецов значительно чаще, чем у дизиготных. Существуют целые народности с крайне низкой толерантностью к алкоголю.
Наследуется не сам алкоголизм, а предрасположение к нему, высокий риск его развития, если начинается злоупотребление. Например, наследоваться могут некоторые черты характера, способствующие самому злоупотреблению — «гедонистические стремления» при неус-юйчивом гипе психопатии и акцентуации характера. Наследственной может быть недостаточность некоторых ферментных систем, отчего толерантность к алкоголю оказывается низкой.
Алкогольная эмбриопатия — заболевание новорожденного, возникающее втом случае, если мать во время беременности регулярно злоупотребляла спиртными напитками. Алкоголь легко проникает через плацентарный барьер (так же, как и в молоко кормящей матери).
Новорожденные обнаруживают признаки зависимости от алкоголя, проявляющиеся непрерывным беспокойством и нарушением физиологических функций. В дальнейшем выявляется отставание в физическом и интеллектуальном развитии.
15.2.6. Дифференциальный диагноз
Диагностические трудности может представить дифференцирование I стадии алкоголизма и пьянства без зависимости от алкоголя. Диагноз основывается на сведениях, получаемых от само-ю пациента и его окружения. Обследуемые часто бывают склонны сознательно или бессознательно диссимулировать признаки влечения и зависимости и преуменьшать пьянство.
Сведения от близких или с места работы также не всегда достоверны: иногда алкоголизация преуменьшается, иногда преувеличивается.
Картина абстинентно! о синдрома служит убедительным признаком II стадии. Высказывалось суждение (Жислин С.Г., Иванец Н.Н., Анохина И.П.), что алкоголизм следует считать болезнью только с появления физической зависимости, а начальную стадию рассматривать как «донозологический алкоголизм», не отделяя от пьянства.
Диагностика III стадии строится на очевидных признаках алкогольной деградации и снижении толерантности к алкоголю.
Лабораторные методы диагностики алкоголизма пока не разработаны. Предлагаемые приемы (повышение активности в крови ферментов — гамма-глутамилтранспептидазы, аспартат- и алани-наминотрансферазы, каталазы и др., увеличение объема эритроцитов) оказались неспецифичными и нередко дают положительный результат только на II стадии алкоголизма.
Разработан метод радиоизотопной гепатографии', констатирующий повреждение печени вследствие хронической алкогольной интоксикации.

Метод диагностики зарегистрирован как открытие А-200 10 апреля 2002 г (ГП Колупаев, А В Картелешев, Н Д Лакосина и др)

15.2.7. Распространенность
Алкоголизм относится к весьма распространенным заболеваниям: в развитых странах им страдает 3—5% населения, а в винодельческих (Франция, Италия) странах — даже 8—10%. В последние два — три десятилетия отмечался повсеместный рост алкоголизма, особенно среди молодежи и женщин. Если в 1950—1960-х годах соотношение больных алкоголизмом мужчин и женщин было 10:1, то в 80-х оно приблизилось к 5:1.
О распространенности пьянства судят по потреблению алкоголя на душу населения (обычно в литрах 100% алкоголя в год). Если оно составляет менее 5 л в год, то его можно считать умерен-ным, если более 10 л в год — очень высоким. В Европе в 80-х годах потребление было минимальным, в Норвегии и Исландии (4 л в год) и очень высоким во Франции (13 л в год).
В СССР в 1984 г. было продано 7,6 л надушу населения. Величина потребления в разных регионах страны весьма различна. Во многих из них официальные данные ниже реальных, так как не учитывался алкоголь, потребляемый при самогоноварении.
15.2.8. Прогноз
При сформировавшемся алкоголизме с физической зависимостью прогноз малоблагоприятен. После лечения ремиссии длительностью более одного года составляют 50—60%. Эффект значи-тельно выше лишь у тех, кто активно хочет излечиться. Именно поэтому некоторые модные целители, широко пропагандируемые средствами массовой информации или распускаемой о них молвой, сообщают о поразительных результатах — о 90—100% вылеченных. К ним тянутся и они сами отбирают тех, кто стремится к излечению. Эффект лечения на I стадии выше, чем на II стадии. Но своевременному лечению на I стадии препятствует алкогольная анозогнозия — больные не считают себя таковыми и уверены, что если они захотят, то сами в любой момент бросят пить.
Продолжительность жизни у больных алкоголизмом в среднем на 15 лет короче, чем в общей популяции. Они умирают от тяжелых травм, полученных в нетрезвом состоянии, высок уровень суицидов. Среди соматических заболеваний смертность наиболее велика от сердечной недостаточности, гипертонической болезни, инсультов и цирроза печени.
Частота правонарушений среди больных алкоголизмом также значительно выше, чем в общей популяции. Это относится как к агрессивным, так и к имущественным правонарушениям, особенно при паразитическом образе жизни.
15.2.9. Лечение и реабилитация
Главной задачей лечения алкоголизма является устранение психической и физической зависимости от алкоголя. Дезинток-

сикация и терапия при соматических осложнениях являются хотя и важными, но дополнительными мерами и сами по себе алкоголизма не излечивают. Устранение физической зависимости осуществляется довольно эффективно в процессе купирования абстинентного синдрома. Подавление патологическою влечения к алкоголю, лежащего в основе психической зависимости, представляет гораздо более трудную задачу. При существующих методах лечения рецидивы алкоголизма в течение первого года бывают приблизительно в половине случаев.
15.2.9.1. Подавление патологического влечения к алкоголю (устранение психической зависимости)
Подавление влечения основывается на аверсионной (от англ. aversion — отвращение) терапии — выработке условного рвотного рефлекса на вид, вкус и запах алкоголя или страха перед его употреблением вследствие необычно тягостного действия.
Условнорефлекторная терапия впервые была испробована Н.В.Канторовичем в 1929 г.: вид спиртных напитков, их запах, надписи, с ними связанные, сочетались с ударом электрического тока в руку. Эффект оказался очень нестойким. Более совершенный метод разработали И.Ф Случевский и А.А.Фрикен в 1934 г. Небольшие дозы алкоголя дают на фоне действия рвотных средств (инъекции апоморфина или эметина, прием ипекакуаны, отвара баранца, чабреца и др.). После нескольких сочетаний образуется условный рвотный рефлекс на вид, запах и вкус алкоголя. Однако, как и все постоянно не подкрепляемые условные рефлексы, в дальнейшем он угасает, и поэтому эффект лечения оказывается нестойким.
Сенсибилизирующая терапия была осуществлена О.Мартенсен-Ларсеном в 1948 г. в виде регулярного приема антабуса (тетурам, эспераль, дисульфирам). Под его действием в организме

угнетается фермент ацетальдегидрооксидаза. При поступлении в организм алкоголя его окисление задерживается на стадии ацетальде-гида, накопление которого в крови дает преходящий токсический эффект в виде чувства нехватки воздуха, страха смерти, резкого сердцебиения, тошноты, покраснения лица. Но в редких случаях могут возникнуть тяжелые осложнения: гипертонические кризы, приступы стенокардии, коллапсы, судорожные припадки.
Для усиления и упрочения действия под наблюдением врача в процедурном кабинете намеренно вызывают у больного одну — две тетурам-алкогольные реакции (после приема очередной дозы тету-рама ему дают небольшую дозу алкоголя). Когда возникают тягостные нарушения и появляется страх смерти, применяют обычные симптоматические средства (например, вливание глюкозы с кофеином), тем самым укрепляя у пациента представление об опасности для него приема алкоголя. Длительное применение те-

турама может осложниться выраженной астенией, гастритом, реже гепатитом и полиневритами. Однако больные могут самовольно прекращать прием тетурама и вновь начать злоупотреблять алкоголем. Во избежание подобного соблазна был предложен препарат пролонгированного действия — эспераль (радотер). Больному производят внутримышечную имплантацию стерильных таблеток тетурама При этом от него берут расписку, что он предупрежден, что прием алкоголя чреват тяжкими осложнениями, не исключающими смертельного исхода
В качестве других сенсибилизирующих средств используют метронидазол (трихопол, т.е. противотрихомонадное средство), фуразолидон, циамид, никотиновую кислоту и др. На фоне их действия прием спиртных напитков вызывает реакцию, сходную с тетурам-алкогольной, но более слабо выраженную.
Другие методы подавления патологического влечения к алкоголю включают применение малых (субрвотных) доз апоморфина и психотропных средств, но после прекращения их приема патологическое влечение обычно возобновляется.
Психотерапия многими считается одним из самых действенных методов, способных дать наиболее стойкий результат. Возможно, это связано с гем, что полный курс лечения удается провести тому, кто сам стремится излечиться или у кого удается пробудить это желание. Суггестивные приемы (внушение в гипнозе или в бодрствующем сосюянии, эмоционально-стрессовая терапия) основываются главным образом на выработке отвращения к алкоголю. Этим методам более поддаются люди с истерическими или эмоционально-лабильными чертами характера. По мере развития алкоголизма внушаемость нередко возрастает. Опытные психотерапевты умело отбирают для лечения легковнушаемых больных, поэтому эффект терапии у них бывает поразительно высоким. Рациональная психотерапия (разъяснение, убеждение) может проводиться как индивидуально с каждым пациентом, так и с группой. Групповая психотерапия подразумевает активное участие членов группы в дискуссиях, взаимную эмоциональную поддержку друг друга, выработку установки на трезвость. Чаще групповая психотерапия используется в процессе поддерживающего (противорецидивного)лечения.
В настоящее время широко и нередко с положительными результатами применяется так называемое «кодирование» больных. Сущность метода в краткосрочной опосредованной суггестии с целью формирования стойкой установки на полный отказ от употребления спиртных напитков. От повторных алкоголизации больных, в значительной мере, удерживает страх возможных тяжелых последствий, вплоть до летального исхода.

Получили определенное распространение сложные многоэтапные психотерапевтические программы, основанные на поведенческой, когнитивной и активирующей психотерапии с дополнительным использованием внушения и других психотерапевтических методов и приемов.
Поддерживающая (противорецидивная) терапия обусловлена тем, что патологическое влечение к алкоголю обычно не устраняется полностью, а лишь подавляется. При неблагоприятных об-стоятельствах, например при семейных и служебных конфликтах, возникает желание забыться, уйти от неприятностей. В обстановке вынужденного безделья и скуки (безработица, выход на пенсию и т.д.) под действием психических травм патологическое влечение может вспыхнуть с новой силой.
Противорецидивное лечение проводится в виде курсов, сочетающих условно-рефлекторную или сенсибилизирующую терапию с применением методов психотерапии, особенно групповой и се-мейной. В нашей стране поддерживающая терапия регламентирована инструкциями" на первом году ремиссии курсы должны повторяться каждые 4 месяца, на втором — раз в полі ода, затем в

конце третьего года, а на 4-м и 5-м годах — по мере надобности. Подобная формализация не учитывает стадии алкоголизма, провоцирующих обстоятельств, степени социальной адаптации и других привходящих факторов. Наиболее показанной можно считать продолжительную постоянную групповую психотерапию в клубах бывших пациентов, в обществах анонимных алкоголиков, которые весьма популярны в США и начинают возникать в нашей стране. Повтор-ные курсы условно-рефлекторной или сенсибилизирующей терапии показаны при реальной угрозе рецидива, при появлении пер вых признаков возобновления патоло1 ического влечения («алкогольные» сновидения, эмоциональное оживление при разговоре о спиртных напитках, интерес к прежним знакомствам и т.п.).

При склонности к циклоидным субдепрессиям, во время которых также может обостряться влечение к алкоголю, показано длительное лечение солями лития или карбамазепином (финлепсином).

15.2.9.2. Купирование абстинентного синдрома (устранение физической зависимости)

С прерывания абстиненции начинается лечение II стадии алкоголизма. Используются весьма действенные средства, направленные на дезинтоксикацию и устранение тягостных симптомов. Дезинтоксикация осуществляется с помощью капельных внутривенных вливании гемодеза, реополиглюкина, 5% глюкозы. Используются также инъекции тиоловых препаратов (унитиол, тиосульфат натрия), а также большие дозы витаминов — тиамина, пиридоксина, аскорбиновой кислоты.

Предлагается также применение осмотических диуретиков (мочевина, маннитол, уроглюк). Все это предназначено для ускорения окисления и выведения из организма продуктов нарушенного обмена, в частности накопившегося ацетальдегида

Устранение тягостных симптомов абстиненции достигается с помощью различных психотропных и других лекарств. При тревоге и беспокойстве применяются реланиум, сонапакс, хлорпро-тиксен, рисполепт, а если тревога сочетается с депрессией — ами-триптилин или коаксил. При бессоннице хорошее действие оказывает реладорм или сочетание эуноктина (радедорма) с феназе-памом При выраженных вегетативных расстройствах (пот, ознобы, сердцебиения) более показаны грандаксин или пирроксан. При ярких красочных сновидениях и особенно при гипнагогиче-ских (в момент засыпания или пробуждения) галлюцинациях (угроза развития алкогольного делирия) необходимо использовать тизерцин. Если абстиненция проявляется дисфорией с гневливостью, то наиболее эффективен неулептил.

Купирование явлении абстиненции не избавляет от патологического влечения к алкоголю, которое еще долго способно оставаться сильным и устойчивым, а в определенный период даже резко усиливаться. Поэтому после купирования абстиненции приступают к лечению, направленному на устранение психической зависимости.

15.2.9.3. Лечение при алкогольной деградации

Кроме лечения абстиненции, нередко тяжелой и грозящей развитием алкогольного делирия, и терапевтических мер, направленных на подавление сильного патологического влечения, необ-ходимой бывает также терапия соматических осложнений алкоголизма. Заболевания печени и сердца становятся противопоказаниями для тетурам-алкогольных проб и условно-рефлекторной терапии. Нередко возникающие псевдоабстиненции рекомендуется лечить психотропными средствами (реланиум, амитрипти-лин, феназепам, сонапакс) Необходимо длительное общеукрепляющее лечение, особенно большие дозы витаминов группы В и аскорбиновой кислоты.

При нарушениях памяти и заметном интеллектуальном снижении проводят курсы лечения ноотропилом (пирацетам). Однако высказываются суждения, что ноотропные средства могут усиливать патологическое влечение к алкоголю.

15.2.9.4. Организация лечения и реабилитация

Лечение проводится в наркологических стационарах, полустационарах, диспансерах и кабинетах.

Разрешается анонимное добровольное лечение в платных медицинских учреждениях При II и III стадии алкоголизма лечение

лучше начинать в стационаре, а затем продолжать в полустационаре или в диспансере. При I стадии алкоголизма при желании лечение сразу можно начинать амбулаторно.

Реабилитация осуществляется методами психотерапии и со-циотерапии (трудотерапия, культтерапия и др.). Цель ее — трудовая и семейная адаптация (содействие в трудоустройстве,

семейная психотерапия). Используются клубы бывших пациентов, общества анонимных алкоголиков и сходные с ними организации.
15.2.10. Профилактика
Профилактика алкоголизма может быть разделена на государственно-общественную и медицинскую (гигиеническую).
Административными и законодательными мерами государство стремится регулировать потребление алкоголя с тем, чтобы ограничить пьянство и снизить распространенность алкоголизма, которые наносят обществу и материальный, и моральный ущерб. На протяжении истории человечества неоднократно предпринимались крайние меры — полное запрещение продажи и даже употребления спиртных напитков. Еще в VII в. основатель ислама Мухаммед (Магомет) запретил мусульманам употребление алкоголя, что было отражено в коране. Это повело к тому, что на многие века мусульманские страны стали очагом наркоманий (опии, гашиш). Полный запрет продажи алкоголя («сухой закон») вводился в России в начале первой мировой войны, в США — в 20-е годы, он приводил только к расцвету черного рынка, распространению наркоманий и росту связанной с ними преступности, самогоноварению, отравлению суррогатами. К тому же государственная казна лишалась существенного источника дохода.
Необходимы рациональные административные и юридические меры, регулирующие потребление спиртных напитков. Должно строго преследоваться появление в нетрезвом виде в общественных местах, на работе, прогулы в связи с пьянством, сурово наказываться зачинщики пьяных скандалов и драк Особенно строго должно наказываться вождение транспорта или выполнение любой работы в нетрезвом состоянии, создающее опасность для жизни и здоровья других людей. При совершении правонарушении алкогольное опьянение рассматривается судом как отягчающее обстоятельство Официально существующий до сих пор у нас запрет на продажу всех спиртных напитков лицам в возрасте до 21 года практически трудно выполним и лишь вызывает у молодежи протест. В ряде европейских стран крепкие спиртные напитки разрешается продавать лицам с 18 лет, а слабые (пиво) — с 16 лет.

Медицинская профилактика главным образом основывается на санитарном просвещении — разъяснении вреда и опасности злоупотребления алкоголем для здоровья и благополучия людей. Наиболее эффективно использование средств массовой информации (в особенности телевидения), если передачи готовятся совместно опытным режиссером и врачом-наркологом. Чем эмоциональнее, чем более связана с событиями текущей жизни и художественнее информация, тем она действеннее. Антиалкогольное просвещение рассчитано в основном на непьющих или умеренно потребляющих алкоголь. Эффективность лекций всегда наименьшая. Групповые дискуссии более действенны, но в них охотнее участвуют непьющие и страдающие от пьянства близкие.
Существуют две принципиальные установки антиалкогольного просвещения — на полную трезвенность и на «культурное», ограниченное употребление алкоголя. Полное воздержание от алкоголя достижимо лишь среди определенных контингентов (члены общества трезвости, бывшие алкоголики, страшащиеся рецидива, спортсмены и культуристы). Для широкой популяции более приемлемо ограниченное потребление алкоголя, допускающее в определенных условиях легкую степень опьянения. Медицинская информация должна дать сведения о соматических болезнях или ситуациях, где даже такое употребление должно быть полностью исключено (например, беременность, кормление грудью ребенка).
Группы высокого риска развития алкоголизма могут выявляться по разным признакам — социальным (члены семьи или непосредственное окружение больных алкоголизмом, представители некоторых профессий, постоянно имеющие контакт со спиртом или алкогольными напитками), психологическим (разработаны специальные тесты для массовых обследований), биологическим (например, потомство больных алкоголизмом). К группе высокого риска относятся все злоупотребляющие алкоголем (пьянство без зависимости).
Эти группы требуют специального внимания. Наиболее эффективным считается привлечение их в общества, сочетающие групповые дискуссии под руководством нарколога и психолога с организацией привлекательного для них проведения досуга.
15.3. Алкогольные (металкогольные) психозы
Эти психозы возникают не как прямое следствие хронического отравления алкоголем, а как результат эндогенной интоксикации вследствие поражения внутренних органов и нарушений метаболизма, вызванных тем же алкоголем. Считается, что психозами заболевают около 10% больных алкоголизмом. Психозы чаще всего развиваются на III стадии, но встречаются и на 11

стадии.

15.3.1. Алкогольный делирий (белая горячка, delirium tremens)
В большинстве случаев делирий начинается не на высоте запоя, а через 2—4 сут после того, как пьянство было прервано — на фоне развертывающейся абстиненции. Поэтому в зарубежной психиатрии распространено название «делирий воздержания» или «абстиненция с делирием». Однако этот психо j может возникнуть и на высоте запоя Нередко делирию предшествует острое инфекционное заболевание или обострение хронической инфекции.
Предвестники делирия (прсдделириозное состояние) длятся несколько часов. Обычно к вечеру тревожно-тоскливое настроение, свойственное абстиненции, сменяется аффективной лабиль-ностью: угнетение чередуется с эйфорией, тревога — с апатией. Взбудораженность, непоседливость, говорливость сочетаются с наплывом ярко представляемых красочных воспоминаний. Появляются иллюзии: висящая одежда принимается за человека, в узорах и пятнах видятся чьи-то лица. Заставляя больного на что-либо пристально смотреть или надавливая на веки закрытых глаз (симптом Липманна), можно словесным внушением вызвать у него видения.
Затем наступает полная бессонница. Нарастают беспокойство, тревога и страх. Появляется главный симптом делирия — яркие зрительные галлюцинации. Обычно видят то, что когда-то вызывало отвращение или страх: полчища насекомых, крыс, мышей, змей, отвратительных чудовищ, а также бандитов, террористов, грозящих оружием расправы. В старину верующие во время делирия, как правило, видели чертей («напился до чертиков»). Слуховые галлюцинации тематически связаны со зрительными: слышатся крики, угрозы, шипение змей. Среди тактильных галлюцинаций характерно ощущение инородного тела во рту — его стараются выплюнуть или вытащить пальцами. Больной все видимое принимает за реальность и ведет себя соответственно: к чему-то присматривается, прислушивается, заглядывает под стол, что-то ловит. Может броситься бежать, спасаясь от кого-то, при этом выброситься из окна, попасть под транспорт, может на кого-то внезапно напасть сам, защищаясь от кажущихся врагов. Речь обычно состоит из отрывочных эмоциональных высказываний, связанных с галлюцинациями. В окружающем (месте и времени) дезориентированы, но самосознание сохранено.
Делирий сопровождается мышечным тремором, чередованием озноба и пота, тахикардией, резкими колебаниями артериального давления, одышкой, часто желтушностью склер. От тела исходит специфический неприятных запах («потеющих ног»). Температура тела повышена — от субфебрильной до 38—39°С. Посте-

пенно нарастают обезвоживание, ацидоз, азотемия Отмечается лейкоцитоз и увеличение СОЭ.
В тяжелых случаях температура тела достигает 40°С и выше. Двигательное возбуждение ограничивается постелью. Усиливается тремор, появляются стереотипные движения рук: ощупывание, стряхивание, разглаживание чего-то на теле. Речь состоит из маловнятного бормотания (муссситирующий делирии). Появляются патологические рефлексы, ригидность затылка. Нарастает обезвоживание. Смерть наступает от коллапса или от присоединившейся пневмонии.
Неблагоприятным считается также «профессиональный делирий», когда больной имитирует свою постоянную рабочую деятельность. Этот делирии нередко сменяется корсаковским психозом.
Длительность делирия составляет от 2 до 8 сут. Нередко днем бывает облегчение, а ночью — ухудшение. Выздоровление часто наступает после глубокого продолжительного сна. Амнезия периода психоза отличается избирательностью: больные лучше помнят галлюцинаторные переживания, хуже - реальные события и свое поведение.
Дифференциальный диагноз проводится с делириями при других интоксикационных психозах. Трудности могут возникнуть, когда некоторые галлюциногенные вещества употребляют вместе с алкоголем. На алкогольную природу делирия указывают наличие II или III стадии алкоголизма и абстинентного синдрома перед делирием. На I стадии алкоголизма делирий, как правило, вы-званы другими токсическими веществами.
Патогенез усматривается в аутоинтоксикации вследствие алкогольного поражения печени. От токсических продуктов обмена страдают высшие центры вегетативной регуляции диэнцефаль-ной области. До поры до времени вредоносное действие аутоинтоксикации компенсируется, но под влиянием абстиненции или острого соматического заболевания может наступить срыв.
Патологическая анатомия характеризует тяжелые смертельные случаи. Обнаруживают

набухание мозга, иногда точечные кровоизлияния в нем, жировое перерождение печени и признаки кардиопатии.
Прогноз неблагоприятен при делирии мусситирующем (высокая смертность) и профессиональном (корсаковский психоз впоследствии). Однако и при типичном делирии смертность достигает 15%. При продолжении злоупотребления алкоголем делирии склонны повторяться.
Лечение осуществляется средствами психотропными, дезин-токсикационными и нормализующими метаболизм, водно-солевое равновесие, устраняющими нарушения сердечной деятельности, дыхания и высокую гипертермию.

Из психотропных средств наиболее употребительны вливания реланиума, малые дозы галоперидола, дроперидола, которые на время устраняют возбуждение и галлюцинации. Аминазин и гизерцин опасны коллапсами. С целью дезинтоксикации используют гемосорбцию, внутривенные капельные вливания ге-модеза, реополиглюкина. Прибегают к вливанию тиоловых препаратов (унитиол, тиосульфат натрия), изотонического раствора. Сердечная деятельность поддержиE$ается кордиамином и коргли-коном. Рекомендуются большие дозы витаминов группы В. Лечение обычно осуществляется в специальных палатах интенсивной терапии.
15.3.2. Алкогольный слуховой галлюциноз
Алкогольный слуховой галлюциноз проявляется наплывом слуховых вербальных галлюцинации. Слышатся диалоги двух людей или голоса множества лиц. Они говоря! между собой или обращаются к больному. Одни его бранят, осуждают за пьянство и другие пороки, грозят, издеваются, насмехаются, другие же могут его защищать, оправдывать, давать полезные советы. Вначале больной живо реагирует на то, что слышит, вступает с голосами в пререкания. Если галлюциноз становится хроническим, то больной привыкает к голосам и даже старается их диссимулировать.
Сознание остается ясным — ориентировка во времени и месте полностью сохраняется. Поведение внешне может быть ненарушенным, сохраняются не только бытовые, но и профессиональные навыки. Иногда со временем к галлюцинациям появляется критика: больные тяготятся ими, хотят от них избавиться.
Галлюциноз может сопровождаться появлением бреда или протекать без него.
Галлюциногенный бред содержит идеи отношения и преследования. Всюду видятся враги, злые козни, отсюда возникают постоянная настороженность и недоверие. Бред целиком основан на содержании галлюцинаций.
Течение бывает различным. Острый слуховой галлюциноз длится от нескольких часов до 2—3 нед, обычно сопровождается тревогой и растерянностью. Часто слышатся неразборчивая речь, гул толпы, гудение, жужжание или звон (акоазмы — элементарные слуховые галлюцинации). Протрангированным (затяжным) галлюцинозом называют случаи продолжительностью в несколько месяцев Хроническим считается галлюциноз, если он длится более полугода. Слуховые галлюцинозы встречаются значительно реже делириев.
Патогенез неясен. Предполагается, что перенесенные в прошлом черепно-мозговые травмы, мозговые инфекции и нейроин-токсикации могут играть роль предрасполагающего фактора.

Лечение, помимо собственно антиалкогольной терапии, включает психотропные средства с антигаллюцинагорным действием (галоперидол, флюанксол, рисполепт).
15.3.3. Алкогольная паранойя (бред ревности)
Это относительно редкое психическое расстройство, встречающееся у мужчин с паранойяльной или эпилептоидноi акцентуацией характера в преморбидном состоянии. Бред развивается постепенно Сперва в опьянении или во время абстиненции больные начинают обвинять жену или сожительницу в неверности. Первоначально эти обвинения могут казаться окружающим правдоподобными Затем упреки становятся все более нелепыми. Больные начинают постепенно следить за женой, подвергают ее постыдным проверкам, понуждать к признаниям, предъявлять надуманные доказательства «измен» От посторонних идеи ревности они могут умело скрывать Обычно не проявляют никакой агрессии в отношении мнимых соперников — во всем винят жену. В патогенезе бреда определенную роль играют снижение сексуальной потенции, обычное при алкоголизме II—III стадии, а также конфликтные отношения и отчуждение между супругами из-за пьянства больного.
Лечение, кроме антиалкогольного, направлено надезактуали-зацию бреда посредством

антипсихотических нейролептиков (трифтазин, этаперазин, галоперидол, мажептил)

15.3.4. Алкогольный параноид (бред преследования)

Бред преследования описан И В Стрельчуком в 1949 г На фоне бессонницы, тревоги и страха больному начинает казаться, что его собираются убить — застрелить, зарезать в подъезде дома, задавить на улице. Они страшатся всех незнакомых и малознакомых, а также тех, с кем у них раньше были конфликтные отношения. С бредом связаны иллюзии в оттопыренном кармане встречного угадывается очертание пистолета, в блеснувшем в чьих-то руках каком-то металлическом предмете — нож. Слова других, сказанные между собой, относят к себе и превратно перетолковывают. Иногда им слышатся угрозы. Поведение определяется бредом. Дома они запираются, ищут спасения в уходе в неизвестные места («бредовой дрейф»), прячутся или обращаются за защитой в милицию. Но агрессию в отношении мнимых преследователей проявляют редко

Психоз длится от нескольких дней до 2—3 нед. Если бред затягивается на месяцы, то бредовые подозрения становятся избирательными, они сосредоточиваются на лицах, с которыми ранее были в плохих отношениях и в злых намерениях которых находят определенные причины.

Алкогольный параноид отличают от спровоцированного алкоголем параноидного приступа шизофрении тем, что бред преследования не сопровождается другими видами бреда (воздействия, инсценировки и т.д.)

Лечение то же, что при алкогольной паранойе. При страхе и гревоге показаны иньекции реланиума, тизерцина.

15.3.5. Алкогольные энцефалопатические психозы

Эти психозы сопровождаются выраженными неврологическими и соматическими расстройствами. Встречаклся во II—III стадии алкоголизма Нередко им непосредственно предшествует делирий. Иногда делирии переносились ранее, притом неоднократно.

Острая алкогольная энцефалопатия Гайе—Вернике. Эта энцефалопатия обычно следует за мусситирующим делирием. Состояние больного становится крайне тяжелым. Температура тела в течение суток колеблется от субфебрильной до 40°С и выше, нарастают обезвоживание, тахикардия, одышка, падает артериальное давление, возможны коллапсы Оглушение, проявляющееся в том, чго больной с трудом понимает обращенную к нему речь, вяло и с задержкой реагирует на окружающее, постепенно переходит в бессознательное состояние. Характерны разнообразные неврологические нарушения: симптомы орального автоматизма (сосательный и хоботковый рефлексы), хватательные рефлексы, спонтанный нистагм, гиперкинезы. В последующие дни появляются пролежни. В одних случаях через 10—15 дней наступает смерть, вдру-[их соматическое состояние улучшается, но оглушение сменяется корсаковским психозом.

Корсаковский психоз. Этот психоз назван по имени выдающеюся московского психиатра С.С Корсакова, описавшего это психическое расстройство. Данному психозу обычно предшествует алкогольный делирии или энцефалопатия Гайе—Вернике. Характерна триада симптомов фиксационная амнезия, конфабуляции и амнестическая дезориентировка. Фиксационная амнезия проявляется невозможностью запомнить текущие события при сохранности памяти на прошлое, особенно далекое. Можно множество раз повторять больному свое имя, но через несколько фраз он его забывает. Человека, с которым не раз встречался в последние дни, воспринимает как впервые увиденного. Конфабуляции (выдумки, прикрывающие описанные нарушения памяти) особенно выступают при расспросах больного о том, где он только что или вчера был, с кем встречался и т.д. («Вчера ездила на дачу и собирала цветы», — заявляет посредине зимы больная, уже несколько месяцев не покидавшая больницу). Из-за фиксационной амнезии больные дезориентированы в месте и времени: не могут

понять, где они находятся («В какой-то больнице», — отвечает больная, оглядев окружающую обстановку и видя персонал в белых халатах), неспособны назвать сегодняшнее число, месяц, день недели, сказать, обедали они сегодня или нет, и т.д Но прежние навыки хорошо сохраняются, давних знакомых узнают сразу.

Психоз протекает хронически — многие месяцы и даже годы. Под влиянием лечения и времени постепенно наступает улучшение.

Диагностируя корсаковский алкогольный психоз, следует иметь в виду, что подобный же синдром может развиться вследствие отравления угарным газом, после повешения, у перенесших клиническую смерть и реанимированных

Патогенез энцефалопатических психозов считается сходным с патогенезом тяжелого делирия. Особое значение придается дефициту витаминов группы В Для энцефалопатии Гайе-Вернике характерно множество точечных кровоизлияний в стволе мозга, особенно в сосцевидных телах Лечение при острой энцефалопатии сводится к дезинтоксикации, мерам по поддержанию гомеостаза, сердечной деятельности, дыхания. Рекомендуется внутримышечное введение больших доз витаминов группы В Те же витамины, а также ноотропные средства показаны при корсаковском психозе.

15.3.6. Экспертиза

При корсаковском психозе, хроническом алкогольном галлюцинозе и хроническом параноиде трудоспособность утрачивается и возникает необходимость в определении инвалидности

При всех психозах в момент совершения общественно опасных действий больные признаются невменяемыми и нуждающимися в принудительном лечении. При экспертизе лиц, в прошлом перенесших делирий, следует учитывать возможность намеренного воспроизведения бывших ранее симптомов (метасимуляция).

Глава 16. НАРКОМАНИИ И ТОКСИКОМАНИИ

16.1. Основные термины

Понятия «наркомания», «наркотик» или «наркотическое средство или вещество» стали не столько медицинскими, сколько юридическими.

Наркотик — наркотическое средство и наркотическое вещество — включается в официальный государственный список вследствие социальной опасности из-за способности при однократном употреблении вызывать привлекательное психическое состояние, а при систематическом — психическую или физическую зависимость от него. Если вещество или средство обладает подобными свойствами, но с государственной точки зрения не представляет большой социальной опасности, то наркотиком оно не признается (примером может служить алкоголь). Одно и то же лекарственное средство в разные годы может то не считаться наркотиком, то включаться в их число. Например, снотворное барбамил отнесено к наркотикам лишь с середины 80-х годов, хотя способно вызывать и психическую и физическую зависимость. Подобное юри-шческое понимание обусловлено тем, что, согласно Уголовному кодексу, как преступление квалифицируется и наказуется незаконное изготоЕ$ление, приобретение, хранение, перевозка и пересылка наркотиков

Наркоманией называют болезнь, вызванную систематическим употреблением средств, включенных в государственный список наркотиков, и проявляющуюся психической, а иногда и физической зависимостью от них. Сильную психическую зависимость способны вызывать все наркотики, но физическая зависимость к одним бывает выражена (препараты опия), к другим — остается неясной, сомнительной (марихуана), в отношении третьих вообще отсутствует (кокаин).

Психоактивные токсические вещества обладают теми же свойствами, что и наркотик (вызывают привлекательное психическое состояние и зависимость), но в официальный список они не включены. Примером служат некоторые транквилизаторы или используемые в виде ингаляции бензин, ацетон и др.

Токсикомания — заболевание, проявляющееся психической (а иногда и физической) зависимостью от вещества, не включенного в официальный список наркотиков.

Злоупотребление наркотиками или другими токсичными веществами без зависимости от них не считается наркоманией или токсикоманией Для этих случаев предлагалось множество различных названий: наркотизм, токсикоманическое поведение, эпизодическое злоупотребление и др В последние годы все боль-

шее распространение получает термин «аддиктивное поведение» (от англ. addiction — пагубная привычка, порочная склонность), который указывает, что это — нарушение поведения и меры требуются скорее воспитательные, чем медицинские.

Психическая зависимость проявляется все более овладевающим желанием продолжить употребление данного вещества, добывая его любыми путями и пренебрегая неприятными и даже опасными последствиями. Перерыв в употреблении вызывает напряжение и беспокойство и резкое усиление влечения к данному веществу. Это влечение иногда неточно называют обсессивным (навязчивым), хотя в отличие от невротических навязчивостеи таким влечением нисколько не тяготятся и болезненным его не считают. Внешним проявлением психической зависимости служат постоянное стремление к контакту с другими лицами, злоупотребляющими этим веществом, начало употребления наркотика или другого вещества в одиночку и поиск заменителей в его отсутствие. От истинной, индивидуальной психической зависимости следует

отличать групповую психическую зависимость, особенно выраженную при аддиктивном поведении у подростков и молодежи. Влечение в этих случаях возникает только тогда, когда собирается «своя компания», постоянно вместе злоупотребляющая каким-либо веществом. За ее пределами влечение не проявляется, при отрыве от нее — исчезает.
Физическая зависимость развивается, когда вещество, которым злоупотребляли, становится постоянно необходимым для поддержания нормального функционирования организма. Перерыв в его регулярном поступлении в организм вызывает болезненное состояние (абстинентный синдром), проявляющееся не только психическими, но и выраженными соматическими и неврологическими нарушениями, которые исчезают после введения очередной дозы привычного вещества.
Абстинентный синдром (от лат. abstinentia — воздержание) служит главным проявлением физической зависимости. Он развивается обычно через несколько часов после того, как в организм не поступила очередная доза наркотика или иного токсического вещества. Возникающие симптомы в значительной мере являются как бы антиподами тех признаков, которые характерны для опьянения данным веществом. Вместо эйфории наступает депрессия, вместо ленивого довольства - беспокойство и тревога, вместо усиления активности — апатия, вместо миоза — мидриаз и т.д. Соматические и неврологические нарушения могут даже преобладать над психическими.
Компульсивное влечение (от англ. compulsion — принуждение) отличается от упомянутого ранее так называемого обсессивного

неодолимостью, невозможностью его подавить. Больной не способен скрывать или как-то маскировать это влечение.
Толерантность (устойчивость) к наркотику или иному токсическому веществу определяется минимальной дозой, способной вызвать обычный эффект или устранить явления абстиненции. По мере развития одних видов наркоманий толерантность растет быстро и значительно (опиаты), при других — появляется только при длительном злоупотреблении (гашиш), при третьих не возрастает вовсе (кокаин).
Анозогнозия — нежелание и неспособность признать наличие болезни, в частности в зависимости от психоактивного вещества, характерны для наркоманий и токсикомании. Исключение составляет развитие выраженной физической зависимости с тяжелым абстинентным синдромом.
Полинаркомании и политоксикомании как термины иногда необоснованно используются для обозначения всех случаев, когда больной испробовал на себе действие двух и более наркотиков и других токсичных веществ. Диагноз полинаркомании правомерен только тогда, когда одновременно имеется зависимость от двух и более наркотиков, диагноз политоксикомании — от двух и более ненаркотических веществ. Если установлена одновременная зависимость от одного наркотического и другого ненаркотического вещества, то эти случаи предложено называть «осложненной наркоманией». Злоупотребление двумя и более наркотиками или иными психоактивными веществами без зависимости от них ни полинаркоманией, ни политоксикоманией не является, так же, как последовательный переход от одного средства к другому.

16.2. Классификация наркотиков и других токсичных веществ

Медицинские классификации основываются на особенностях действия веществ (эйфоризаторы, транквилизаторы, психостимуляторы, галлюциногены и т.д.). Однако одно и то же вещество в зависимости от дозы и способа введения может оказывать различное действие. Наиболее распространены систематики, отражающие практические потребности. Международная классификация болезней (Ю-й пересмотр) среди наркотиков и психоактивных веществ выделяет: I) препараты опия, 2) снотворные и седатив-ные, 3) кокаин, 4) препараты индийской конопли (каннабинои-ды), 5) психостимуляторы, 6) галлюциногены, 7) табак, 8) летучие растворители, 9) сочетанное употребление наркотиков и других психоактивных веществ. В группу психоактивных веществ отнесен также алкоголь.

16.3. Клинические проявления

16.3.1. Наркомании 16.3.1.1. Опийная наркомания

Используемые препараты. Среди аптечных препаратов употребляют морфин, омнопон, промедол, дионин, кодеин и др. В подпольных лабораториях в нашей стране приготовляют героин и метадон. Кустарным образом делают различные вытяжки из мака. Сырьем служат

млечный сок из головок еще незрелого растения или высушенные и измельченные головки и стебли («маковая соломка»). Наиболее богат опием снотворный мак Papaver somniferum, но его содержат также мак масляничныи и даже декоративный садовый.
Картина опьянения. Чаще всего аптечные ампулированные препараты или самодельно приготовленные жидкости вводят внутривенно. Сразу за вливанием краснеет лицо, ощущается горячая волна, проходящая по телу, чувство покалывания иголками, зуд кожи лица. Нередко возникает короткое чувство дурноты. Могут случаться обмороки.
Через 10—15 мин все неприятные ощущения исчезают. Развивается эйфория — повышенное настроение с чувством необыкновенного душевного и телесного комфорта. Однако эта эйфория обычно не сочетается ни с повышенной активностью, ни с потребностью в общении. Приятным состоянием («кайфом») стремятся насладиться наедине или в стороне от других. Молча сидят, предаваясь заманчивым мечтам, воспоминаниям или желанным мыслям, но ярких зрительных фантазий не бывает. Сознание остается ясным. Только при передозировке развиваются оглушение, сопор, кома. Зрачки бывают, как точки, и не расширяются в темноте. Опытные наркоманы при желании могут диссимулировать опийное опьянение, только узкие зрачки выдают его, поэтому для маскировки они носят темные очки даже вечером в помещении или закапывают в глаза атропин. Опьянение длится несколько часов и сменяется вялостью и сонливостью. При передозировке быстро наступает сонливость и может возникнуть опасное для жизни больного коматозное состояние: сознание полностью утрачивается, он имеет вид глубоко спящего человека, которого невозможно разбудить. Узкие зрачки не реагируют на свет. Нарастает нарушение дыхания, которое становится периодическим (два-три глубоких вдоха чередуются с задержками), затрудненным, храпящим. Смерть наступает от паралича дыхания.
Гораздо реже больные вводят препараты опия подкожно или едят кашицу из маковой соломки. Тогда первоначальная вегетативная реакция отсутствует, а эйфория наступает через 20—30 мин.
Злоупотребление без зависимости. Первые вливания обычно делают в компании наркоманов и с их помощью. Около 60% эти

вливания сразу же бросают, а 40% становятся наркоманами. Мотивация начала злоупотребления сходная с той же, что при алкоголизме. У молодежи частой мотивировкой служат «скука», неумение занять себя, пресыщенность развлечениями. Главную роль в приобщении молодежи к наркотикам играют делинквент-ные и криминальные группы, компании наркоманов. Среди «неформальных» движений существуют как «наркофильные», где наркотики легко распространяются (хиппи, панки, некоторые фанаты), так и «наркофобные», активно отвергающие наркотики (брейкеры, культуристы и др.). В настоящее время редко встречаются наркомании, развившиеся вследствие устранения наркотиками хронических сильных болей.
Наркомания. Первая стадия наркомании развивается довольно быстро: достаточно бывает 5—10 раз повторить вливания, чтобы возникла психическая зависимость от наркотика. Влечение к нему становится главным в жизни. Наркоманы сами научаются делать себе внутривенные вливания и приготовлять самодельные препараты. Стараются не оторваться от компании наркоманов как источника получения наркотика. Соматические изменения еще выражены умеренно: снижен аппетит, появляются запоры, начинается похудание. Из-за постоянного миоза ухудшается зрение.
При вынужденном перерыве в приеме наркотика явления абстиненции бывают стертыми. Резко усиливается влечение к наркотику. Настроение становится депрессивно-дисфорическим: угнетение сочетается с раздражением, истериками с рыданиями, требованием денег от близких для приобретения наркотика.
Вегетативные симптомы абстиненции можно спровоцировать инъекцией антагониста наркотика (налоксон, налорфин). После их вливания резко расширяются зрачки, чего не бывает у здоровых людей.
Стертая абстиненция сохраняется несколько дней, носильное влечение к наркотику удерживается по нескольку месяцев. Однако и в дальнейшем в стрессовых ситуациях или при встрече с наркоманами влечение может возобновиться.
На первой стадии начинает расти толерантность: чтобы вызвать эйфорию, дозу приходится увеличивать в 2—3 раза. От частых инъекций вены предплечий и локтевых сгибов склерозируют-ся, на месте проколов иглой образуются узелки.
Вторая стадия наркомании характеризуется выраженной физической зависимостью от наркотика, которая обычно наступает через несколько недель или даже месяцев регулярных злоупотреблений. Абстиненция начинается через 12—24 ч после перерыва и протекает тяжело. Появляются сильные мышечные боли, судорожные сведения мышц, спазмы в животе, часто —

рвота и понос, боли в области сердца. Зрачки становятся широкими, пульс — учащенным. Нередко начинаются слезотечение и слюнотечение,

непрекращающееся чиханье. Озноб чередуется с проливным потом. Обостряются хронические соматические заболевания. Описаны случаи смерти от инфаркта миокарда во время абстиненции.
Тяжелое состояние длится несколько суток, а вегетативные нарушения — 1—2 нед. Однако психическая зависимость и сильное влечение к наркотику могут удерживаться несколько месяцев. Под влиянием психогенных стрессов или острых соматических заболеваний (например, гриппа) могут развиваться преходящие состояния «псевдоабстиненции» — повторение описанных вегетативных нарушении в ослабленном виде.
Рост толерантности на второй стадии резко выражен. Описаны случаи, когда толерантность достигала несколько десятков смертельных доз в сутки для интактного организма. После перенесенной абстиненции толерантность резко падает, и прежняя, ставшая привычной доза может привести к смерти.
Изменяется картина опьянения. Прежний «кайф» исчезает. Наркотик становится необходимым допингом для восстановления работоспособности, общительности, бодрости, аппетита. Его действие сохраняется лишь несколько часов, что заставляет повторять вливания в течение дня.
Соматические нарушения резко выражены и постоянны. Кожа шелушится, волосы секутся, ногти ломаются, зубы крошатся. Характерны необычная бледность, запоры, анемия. Аппетит утрачен. Узкие («точечные») зрачки нарушают аккомодацию. Угасает половое влечение, у мужчин наступает импотенция, у женщин — аменорея. Сексуальная активность может проявляться в пассивной форме, включая гомосексуальную, в виде проституции с целью добычи денег на наркотик.
Осложнениями являются вирусные гепатиты, СПИД, тромбофлебиты и тромбоэмболии как следствие постоянных внутренних вливаний без соблюдения правил асептики. Смертность среди наркоманов в 20 раз выше, чем в общей популяции. Причинами служат передозировка наркотика, суициды, упомянутые соматические осложнения.
Третья стадия наркомании встречается нечасто, так как не все наркоманы до нее доживают. Крайнее истощение, астения и апатия делают больного нетрудоспособным. Интерес сохранен только к наркотику. Толерантность к нему снижается. Прежние высокие дозы могут вызывать тягостные состояния. Однако все время требуется несколько меньшая доза для предотвращения абстиненции. Активизация под действием наркотика сводится лишь к тому, чтобы самостоятельно поесть и элементарно себя обслужить. Время в основном наркоманы проводят в постели. Нередко отмечаются коллапсы. Смерть наступает от интеркуррентных заболеваний.
Лечение. При передозировке с развитием сопорозного и коматозного состояний и нарушениями дыхания применяются внут-

ривенные вливания налорфина (наллина) — антагониста опийных препаратов. При его отсутствии можно воспользоваться вливанием бемегрида — антагониста барбитуратов и стимулятора дыхания. Дезинтоксикация осуществляется общепринятыми способами. К средствам, вводимым капельно в вену, добавляют кофеин (до 10 мл 10% раствора в сутки).
Купирование абстинентного синдрома оказывается необходимым при одномоментном отнятии наркотика, принятом в нашей стране. За рубежом нередко используют метадон (Methadone) — синтетический препарат, сходный с морфином, устраняющий тягостные проявления абстиненции. В процессе лечения ею дозу постепенно уменьшают. Однако в больших дозах метадон способен вызвать эйфорию, а при длительном применении — привыкание и пристрастие В нашей стране такое лечение считается неприемлемым, так как оно способно более тяжелую опийную наркоманию сменить более легкой метадоновои. Постепенное снижение дозы наркотика, предотвращающее тяжелую абстиненцию, допускается только в том случае, если наркомания сочетается с органическими заболеваниями сердца, тяжелой гипертонической болезнью и перенесенным инфарктом.
Для устранения вегетативных нарушений показаны пиррок-сан (альфа-адреноблокатор), атропин, баралгин. Мышечные боли уменьшаются под действием анальгина, а также иглоукалывания. При депрессии и беспокойстве используют амитриптилин. Необходима индивидуальная психотерапия: сопереживание облегчает неформальный контакт, позволяет выяснить искренность намерения лечиться или подтолкнуть к такому решению.
Подавление влечения к наркотику представляет трудную задачу в связи с отсутствием

эффективных средств. Нейролептики (не-улептил, сонапакс) ослабляют влечение только до тех пор, пока применяются. Налтрексон — антагонист морфина, блокирующий его действие и делающий опийные препараты неспособными вызвать эйфорию, в организме быстро инактивируется, и влечение возобновляется. При желании пациента излечиться от наркомании прибегают к интенсивной и продолжительной психотерапии, включая групповую и семейную. Предпринимаются попытки разработать аверсионную терапию (выработать отвращение к наркотическому опьянению путем условного отрицательного рефлекса). Для этого во время наркотического опьянения вводят внутривенно коразол, вызывающий острый страх.
16.3.1.2. Каннабиноидная наркомания (гашишизм) Используемые препараты. В нашей стране чаще всего курят гашиш (анаша, «план») — высушенное и спрессованное смолистое вещество, выступающее на поверхности цветущих верхушек жен-

ских особей конопли. Действующим началом служит тетрагидро-каннабиол. Больше всего его в индийской конопле, но он содержится и в других ее видах и не только в цветущих верхушках, но и в стеблях, и листьях. В Америке и Европе больше распространена марихуана — высушенные и измельченные листья и верхние части стеблей конопли («травка»). Действие марихуаны слабее гашиша приблизительно в 10 раз. На черном рынке появились синтетический тетрагидроканнабиол, который в 20 раз активнее гашиша. Марихуану и особенно гашиш курят чаще в смеси с табаком, обычно в компаниях. Гораздо реже добавляют к сладостям или спиртным напиткам.
Картина опьянения. Первое в жизни курение гашиша обычно никаких ощущении не вызывает. Чтобы испытать «кайф» надо покурить 2—3 раза. Большая доза с пищей или алкоголем может вызвать тошноту, головную боль, стеснение в груди, затруднение дыхания.
Картина опьянения зависит от поступившей дозы и от чувствительности организма.
Легкое субпсихотическое опьянение развивается через 5—15 мин от начала курения. Проявляется эмоциональными перепадами — от безудержного веселья (приступы хохота) до мгновений страха и ужаса. Злоба нехарактерна, но эмоции заразительны: в компании участники, индуцируя друг друга, могут крушить и ломать все вокруг; возникает потребность двигаться и общаться. Они энергично жестикулируют, гримасничают, приплясывают, отбивают ритм руками и ногами. Безудержно говорливы, хотят со всеми поделиться своими мыслями, с жаром говорят о пустяках.
Появляются психосенсорные расстройства: краски становятся необычно яркими, звуки — насыщенными. Появляется ощущения обострения слуха — кажется, что улавливается каждый шелест и шорох. На самом деле слуховой порог не снижается. Искажается оценка расстояния — предметы отдаляются. Если в таком состоянии опьяневшие берутся за руль, то из-за неправильной оценки дистанций попадают в аварии и катастрофы. Ощущается необычная легкость тела и движений («невесомость»). В компании обнаруживается своеобразное сужение сознания (симптом Пятницкой И.Н.): ее участники воспринимают лишь то, что происходит в их кругу, а постороннего не замечают. Иногда появляется впечатление, что они сами себя видят со стороны.
Вегетативные нарушения сводятся к расширению зрачков, блеску глаз, сухости во рту. Опьянение длится до нескольких часов. При протрезвлении появляется сильный голод. Диагностическим признаком может служить своеобразный сладковатый запах от одежды курившего гашиш, который долго сохраняется.

Тяжелое психотическое опьянение встречается редко и бывает следствием передозировки или повышенной чувствительности. Обычно развивается онейроид: отрешенные от окружающего погружаются в мир грезоподобных фантазии или заново переживают прежние эмоционально насыщенные события («сцены любви и ненависти»). При этом в контакт вступить не удается, а выражение лица меняется от блаженства до ужаса и гнева. При делирии галлюцинации бывают устрашающего характера. От них могут спасаться бегством или проявляют агрессию к тем, кто случайно попадается на глаза. При состоянии спутанности растерянно оглядываются вокруг, не узнают окружающих и обстановку, в контакт удается вступить с большим трудом. Длительность острых интоксикационных психозов, вызванных гашишем, от нескольких часов до нескольких дней.
Злоупотребление без зависимости. Обычно бывает эпизодическим, когда собирается «своя компания». Такое злоупотребление даже на протяжении 2—3 лет может не приводить к наркомании. Но при почти ежедневном курении ее признаки появляются через 1—2 мес. При

курении марихуаны («травки») зависимость развивается значительно медленнее, чем при употреблении гашиша.
Наркомания. Первая стадия характеризуется психической зависимостью и проявляется возникновением потребности курить по 2—3 раза в день. Курят уже в одиночку и постоянно и настойчиво ищут, где бы раздобыть гашиш. При вынужденном перерыве картина абстиненции бывает стертой: астения, сонливость, угнетенное или раздраженное настроение, головная боль, неприятные ощущения в области сердца — все это немедленно исчезает после курения гашиша.
Вторая стадия развивается при регулярном курении гашиша в течение 2—3 лет и характеризуется изменением картины опьянения, психопатизациеи, а иногда и признаками физической зависимости. При курении более слабой марихуаны физическая зависимость обычно не проявляется. Гашиш становится постоянно необходимым допингом. Без него утрачивается всякая работоспособность. После же курения становятся активными, живыми, собранными, общительными. Но курить приходится по нескольку раз вдень.
При физической зависимости перерыв в курении на сутки вызывает выраженный абстинентный синдром, длящийся около недели. Тяжелая астения и депрессия сочетаются с крайне неприят-ными ощущениями в разных частях тела (сенестопатии), сжимающими болями в области головы и сердца, тошнотой, спазмами в животе. Могут быть ознобы, проливные поты, мышечный тремор, гипертонические кризы. Позднее астения сменяется дисфорией — злобно-тоскливым настроением.

Психопатизация у одних проявляется нарастающей апатией ко всему, кроме гашиша, у других — эксплозивностью (вспышки раздражения, злобы и агрессии). Нарастает общее истощение, у мужчин наступает импотенция, у женщин — аменорея. Имеются данные об угнетении иммунных реакций.
Хронические психозы при гашишной наркомании. Хронические психозы встречаются приблизительно у 15% многолетних курильщиков гашиша. Картина обычно сходна с параноидной шизофренией: бред преследования и воздействия сочетается с апатией, безволием, бездеятельностью, реже — со слуховыми галлюцинациями. Предполагается, что эти психозы возникают лишь у тех, кто предрасположен к шизофрении, а гашиш является провокатором. Иногда у таких лиц гашишные опьянения с самого начала протекают атипично — с тревогой, подозрительным отношением к другим, в злом умысле обвиняют своих же приятелей, действие гашиша принимают за умышленное отравление.
Лечение. Легкое субпсихотическое опьянение лечения не требует. Вытрезвление ускоряет обильная еда, особенно сладкого. Можно использовать внутривенное вливание глюкозы. При тяжелом психотическом опьянении внутримышечно вводят ре-ланиум или аминазин. При явлениях абстиненции проводят дезинтоксикацию, при астении используют сиднокарб, при де-прессии — амитриптилин, при дисфориях — карбамазепин (финлепсин).
Злоупотребление без зависимости лекарственного лечения не требует. Необходимо объяснить пациенту вред и опасность гашиша. При наркомании влечение пытаются подавить длительным применением психотропных средств (сонапакс, неулептил). Наиболее эффективна аверсионная терапия по В.С.Битенскому: в начале гашишного опьянения внутривенно вводят коразол (метра-зол), вызывающий сильный страх. За несколько сочетании вырабатывается довольно стойкий отрицательный условный рефлекс — гашиш вызывает отвращение.
16.3.1.3. Эфедроновая и первитиновая наркомании Используемые препараты. Эфедрон изготовляется в подпольных лабораториях из лекарств, содержащих эфедрин (глазные капли, мази от насморка, содержащие эфедрин средства для лечения бронхиальной астмы).
Производное первитина (гидрохлорид йодпервитин) входит в состав самодельного препарата, на сленге наркоманов называемого «ширкой», или «винтом».
Эфедроновое и первитиновое опьянение. Самодельные препараты вводят внутривенно. Сперва появляются озноб, ощущение покалывания в руках и ногах, шевеления волос на голове, сердце-биение. Затем развивается состояние, напоминающее гипомания-

кальное. Настроение повышено, ощущается душевный подъем, появляется уверенность в своих необычных способностях и талантах, в исполнении заманчивых, но нереальных планов. В от-личие от опийной эйфории возрастает активность, тянет к общению и приключениям. Говорят без умолку, быстро, перескакивая с одной темы на другую, оживленно жестикулируя. Отмечают легкость в теле {«невесомость»). Обстановка вокруг становится необычно интересной. Появляется чувство безфаничнои любви ко всем людям. Резко усиливается половое влечение,

возникает длительное половое возбуждение. Агрессивность нехарактерна, но может быть спровоцирована попытками ограничить активность или недоброжелательным видом и тоном. Вегетативные нарушения сводятся к повышению артериального давления, тахикардии, экстрасистолии. Глаза блестят, губы сохнут.
Опьянение длится несколько часов и сменяется вялостью, быстрой утомляемостью, дурным самочувствием. В этом постинтоксикационном периоде возникает сильное влечение к наркотику.
Формирование наркоманий. Более половины среди тех, кто попробовал однажды ввести себе в вену эфедрон или первитин, начинают повторять вливания. Иногда бывает достаточно 2—3 вливании, чтобы возникла зависимость — неудержимое желание еще раз испытать подобное опьянение.
Тяжелая физическая зависимость может появиться в течение нескольких недель. Абстиненция проявляется дисфорией — мрачным и злобным по отношению к окружающим настроением. Сонливость сочетается с невозможностью уснуть, уснувшие пробуждаются от кошмарных сновидений. Вегетативные нарушения во время абстиненции резко выражены: мышечный тремор, чередование озноба и проливного пота, сжимающие боли в области сердца, мучительные задержки мочи, гиперакузия и светобоязнь удерживаются несколько суток и сменяются тяжелой астенией.
Циклический характер наркотизации характерен для данных видов наркомании и обусловлен тем, что явления абстиненции начинаются еще в постинтоксикационном периоде — уже через 2—4 ч после вливания наркотика появляется желание его повторить. В результате вливания делают по нескольку раз в день. Возникают состояния, напоминающие алкогольные запои. Суточная доза возрастает в 20—30 раз по сравнению с первоначальной. Разовая доза возрастает не более чем в 2—3 раза из-за сильных сердцебиений при передозировке Принявшие наркотик подобную интоксикацию выдерживают 2—5 сут: они не спят, почти не едят, доводят себя до полного истощения сил. Тогда влечение к наркотику временно ослабевает. Больные принимают снотворные или транквилизаторы (обычно в больших дозах), отсыпаются, отъеда-

ются и через несколько дней влечение к наркотику вспыхивает с новой силой. По мере развития наркомании интервалы между циклами уменьшаются.
Социальная деградация наступает быстро: больные ведут паразитический образ жизни, обирая близких, попрошайничая и воруя. Прежние интересы и привязанности утрачиваются. Они становятся неряшливыми и нечистоплотными.
Со временем нарастает истощение, развиваются миокардио-дистрофия, хронический гастрит и спастический энтероколит, у мужчин — импотенция, у женщин — аменорея. При кустарном изготовлении эфедрона используется калий перманганат, в результате при длительном злоупотреблении присоединяются симптомы хронического отравления марганцем: хореиформные гипер-кинезы, парез мягкого неба, языка, лицевых мышц.
Лечение. При эфедроновом и первитиновом опьянении возбуждение лучше всего устранять инъекциями реланиума и дезинтокси-кационными средствами. Выраженную экстрасистолию купируют новокаинамидом. Мучительную бессонницу лучше устранять эу-ноктином (радедорм), но не барбитуратами из-за опасности полинаркомании. Галоперидол способен провоцировать приступы ака-тизии, аминазин и тизерцин — коллапсы.
При абстиненции используют те же средства, добавляя при дисфории неулептил или сонапакс или карбамазепин (финлеп-син), при тревоге — хлорпротиксен, при выраженных вегетативных нарушениях — грандаксин, при бессоннице — феназепам. С самого начала необходима интенсивная дезинтоксикация с использованием капельных внутривенных вливаний гемодеза, глюкозы и др.
Подавление влечения по миновании абстиненции пытаются осуществить с помощью сонапакса и феназепама в сочетании с психотерапией.
16.3.1.4. Кокаиновая наркомания
Используемые препараты. Препараты приготовляются из листьев кустарника кока, растущего в Южной и Центральной Америке. Туземные племена индейцев жевали его листья, из которых еще в XIX в. был выделен алкалоид — кокаин. Его гидрохлорид стал использоваться для местной анестезии. Кокаиномания распространилась в Европе и США во время первой мировой войны. Кокаин курить было нельзя. Порошок кокаина закладывали в нос (через слизистую он быстро всасывался), он быстро разлагался при нагревании. В 70-х годах в США появился «крэк» — устойчивый к высокой температуре препарат кокаина, его стали курить, и кокаиновая наркомания распространилась среди молодежи.

Распространение в нашей стране было довольно значительным с 1915 г. до конца 20-х годов. Затем кокаиновая наркомания исчезла, но с 1986 г. появились сообщения о новых случаях.

Картина опьянения. Характеризуется как маниакально-подобное опьянение с выраженной эйфорией, повышенной активностью, самоуверенностью, ощущением раскрытия своих творческих возможностей. Собственные мысли кажутся необыкновенно глубокими и проникновенными. Возникает половое возбуждение Вегетативные нарушения умеренны, проявляются сердцебиением, расширением зрачков, повышением артериального давления.
При передозировке наступает психотическое опьянение с тревогой, страхом, растерянностью. Кажется, что окружающие что-то замышляют, хотят расправиться, убить. Особенно характерны тактильные галлюцинации: ощущение ползания насекомых по телу (симптом Маньяна), которых ищут, ловят, а кожу расчесывают до крови. Реже слышатся оклики по имени и звон в ушах. Сердечные аритмии сочетаются с приступами стенокардии, случаются обмороки, коллапсы, судорожные припадки. Смерть может наступить от внезапной остановки сердца.
Относительно редко вслед за интоксикацией или во время нее появляются страх, тревога и растерянность или возникают кокаиновый делирий (наплыв ярких зрительных, слуховых и гактиль-ных галлюцинаций, обычно устрашающих, которые больной принимает за реальность), кокаиновый онейроид (пассивное созерцание сценоподобных картин), кокаиновый параноид (внезапно, «как озарение», вспыхивает бред преследования или ревности при сохраняющемся упорядоченном поведении, отчего поначалу окружающие могут верить высказываниям больного).
Опьянение длится несколько часов и сменяется тяжелой астенией. Кокаиновые психозы могут продолжаться по нескольку дней, а параноид даже затягиваться на недели и месяцы. В последних случаях кокаин может выступать в качестве провокатора параноидной шизофрении.
Эпизодическое злоупотребление кокаином. Оно может длиться довольно долго, не приводя к формированию зависимости. Перерывы переносятся легко, без явлений абстиненции. Однако эпизодическое злоупотребление может стать злокачественным, напоминая алкогольные запои — в течение одних-двух суток потребляется в виде курения и внутривенных вливаний до 1 г кокаина. Лица, доведшие себя до изнеможения, прибегают к алкоголю, снотворным, транквилизаторам.
Хроническое злоупотребление. Даже почти ежедневное употребление кокаина приводит к развитию наркомании с разной скоростью в зависимости от способа введения кокаина. При внутривенном введении или курении крэка требуется несколько недель, при закладывании порошка в нос — многие месяцы, при жевании листьев кока — даже годы.

Признаки наркомании. Ими являются выраженная психическая зависимость (постоянное влечение к кокаину), а при вынужденном перерыве — тяжелые дисфории со вспышками гнева, направленными на других и на себя, когда больные могут совершать суицидальные поступки. Изменяется картина кокаинового опьянения: эйфории уже не бывает, кокаин служит для того, чтобы предотвратить тяжелую дисфорию. Отчетливых признаков физической зависимости не появляется. Постепенно нарастают истощение, апатия, бездеятельность, ослабевает память.
Лечение. Во время опьянения лечение сводится к дезинтоксикации и транквилизаторам, при передозировке — к назначению симптоматических средств, при психозах — к применению различных нейролептиков в зависимости от синдрома. Абстиненцию и напоминающее запой периодическое злоупотребление прерывают капельными вливаниями амитриптилина и реланиума. Психическая зависимость исчезает при длительном перерыве в наркотизации. Кокаиновая наркомания в прошлом, за исключением далеко зашедших случаев, считалась наиболее поддающейся излечению.
16.3.1.5. Барбитуромания
Используемые препараты. Применяются аптечные снотворные — производные барбитуровой кислоты. Барбамил (амитал-натрий) использовался чаще всего. Сходную картину развития наркомании вызывало также снотворное — производное пиперидина — нокси-рон, в настоящее время в нашей стране изъятый из употребления.
Злоупотребление снотворными. Встречается нередко, но наркомания развивается далеко не у всех. Некоторые люди, страдающие бессонницей (чаще всего как одним из проявлений невроза), без снотворных не могут заснуть и принимают их годами. У них также развивается зависимость, но не наркоманическая, а истинная обсессивная. Нередко со временем они вынуждены увеличивать дозу снотворного в 2—3 раза. В этих случаях может обнаружиться

эйфоризирующий эффект некоторых барбитуратов и создаться угроза для развития наркомании. Другую группу барбиту-романов составляют те, кто нарочно прибегал к большим дозам барбамила не для того чтобы уснуть, а чтобы испытывать его эй-форизирующее и опьяняющее действие. С этой целью раствор барбамила мог вводиться внутривенно.
Картина опьянения. Барбитуровое опьянение напоминает алкогольное. Беспричинное веселье, беспорядочная активность, бесцеремонность, развязность легко сменяются гневом и драчливостью. Раньше и сильнее, чем при алкогольном опьянении, нарушаются двигательные координации (шаткая походка, неустойчивость позы, несоразмерность движений). Характерны бради-кардия, понижение артериального давления и температуры тела,

расширение зрачков. Через 1—3 ч наступает глубокий сон, затем слабость и вялость. При передозировке легко развивается сопор и кома, опасные для жизни из-за возможности паралича дыхательного центра.
Формирование наркомании. Развитие наркомании начинается с психической зависимости. Сроки ее появления различны. Утех, кто употреблял снотворное для борьбы с бессонницей, она может сформироваться через несколько лет, тем, кто старался достичь эйфории, достаточно бывает нескольких недель. Проявлением психической зависимости служит дневной прием барбитурата не для засыпания, а чтобы «успокоиться» или повеселиться. Возрастает толерантность: дозу увеличивают в 2—4 раза. Прием снотворного часто чередуют с алкоголем (одно способно заменить другое). Длительность первой стадии — от нескольких недель до нескольких месяцев.
При присоединении физической зависимости доза барбамила достигает I г и более в сутки Изменяется картина опьянения: оно становится дисфорическим со злобной агрессией, стремлением к дракам, нанесению тяжких повреждении, разрушительным действиям. На этой стадии двигательные координации во время опьянения страдают мало. Барбитуроманы в состоянии опьянения становятся опасными для окружающих.
Абстинентный синдром при вынужденном перерыве в приеме барбамила бывает тяжелым Озноб чередуется с проливным потом. Бессонница сочетается с беспокойством. Наблюдаклся судорожное сведение мышц, мелкий тремор, подьем артериального давления, тахикардия. Далее присоединяются боли в желудке, рвота, а также боли в крупных суставах (симптом И.Н.Пятницкой). На 3—5-е сутки нередко возникают эпилептические припадки, а к концу недели — делирий. Далее в течение 1—2 нед удерживается депрессия с дисфорией и тревогой. При появлении судорожных припадков и при развитии делирия абстиненция становится опасным для жизни состоянием.
Течение наркомании отличается довольно быстрым (на протяжении месяцев) развитием энцефалопатии и психоорганического синдрома. Резко снижается сообразительность, грубо нарушается память, особенно на недавние события. Речь делается смазанной (дизартрия), движения — плохо координированными (атаксия), рефлексы снижаются. Лицо становится маскообразным, бледным, с землистым оттенком. Кожа покрывается гнойничковыми сыпями, раны долго не заживают. Настроение постоянно угнетенное и злобное. Нередко суицидальные мысли.
Прогноз весьма неблагоприятный из-за суицидов, смертельных передозировок барбитуратов, несчастных случаев, тяжелых абстиненции.

Лечение. Терапия барбитуромании существенно отличается от лечения других наркоманий тем, что дозу барбитуратов необходимо уменьшать постепенно на протяжении 1—2 нед из-за опасности эпилептических припадков и делирия при внезапной отмене. Интенсивная дезинтоксикация показана после полной отмены наркотика. Рецидивы после лечения возникают очень часто.
16.3.2. Токсикомании 16.3.2.1. Ингалянтные токсикомании
Используемые средства. Эти средства относятся в основном к технической и бытовой химии. Еще в конце XIX в. появились случаи эфиромании, так как для ингаляции применялся эфир, предназначенный для наркоза. В настоящее время наиболее распространены бензин, ацетон, некоторые сорта клея, пятновыводители, реже толуол, растворители нитрокрасок и др Действующими началами этих средств являются ароматические и алифатические углеводороды: бензол, ксилолы, кетоны, этиловый и метиловый эфиры, метиловый и изопропиловый спирты, а также галогенизированные (например, трихлорэтилен) и фторированные (ди- и трифторметан) углеводороды.

Опьянение парами бензина. Наступает в течение 5— 10 мин ингаляции. Краснеет лицо, раздражаются верхние дыхательные пути. Затем возникает эйфория (лицо расплывается в блаженной улыбке) без стремления к двигательной активности. Если ингаляция прекращается, то опьянение проходит за 15—20 мин и сменяется вялостью и головной болью. Если же вдыхание бензина продолжается, то развивается делирий. Яркие зрительные галлюцинации носят обычно устрашающий характер (дикие и чудовищные звери, бандиты и террористы и т.д.), реже — сексуальный Слуховые галлюцинации бывают не всегда, они элементарны (акоазмы — шумы, гудки, звон, неразборчивая речь) или тематически связаны со зрительными (слышатся угрозы, рычание зверей). Токсикоманы как бы отключаются от окружающего, галлюцинации принимают за реальность, но отношение к ним может быть двойственным: страх сочетается с любопытством. При прекращении ингаляции галлюцинации быстро проходят и к ним появляется критическое отношение Делирий редко длится более получаса и сменяется ас-тенией, апатией, головной болью. Запах бензина в выдыхаемом воздухе может сохраняться до нескольких часов.
Опьянение парами пятновыводителей. Встречается обычно у подростков, которые ингалируют группой Быстро наступает эйфория1 смех одного заражает других. Появляется визуализация представлений («о чем подумаю, то и увижу») Подростки обычно фантазируют на приключенческие или сексуальные темы. При продолжительных ингаляциях (по нескольку часов с перерывами)

развивается онейроид Видения уже не возникают по желанию. Перед взором развертываются сцены, напоминающие увлекательный фильм. От окружающего отключены, но сохраняется со-знание того, что видения вызваны, а не реальны При прекращении ингаляции протрезвление наступает быстро. Даже запах в выдыхаемом воздухе скоро исчезает.
Опьянение ацетоном, толуолом, парами растворителей нитрокрасок. Опьянение этими веществами сходно с онеироидом, вызванным продолжительным вдыханием пятновыводителей. Онейроид протекает тяжелее — с оглушением. Участники сидят оцепеневшие, с опущенной головой, на лице застывшая улыбка, при обращении отмахиваются, что-то бормочут. При передозировке наступают сопор и кома. Сильный запах ацетона изо рта позволяет распознать природу этих состояний.
Опьянение парами некоторых сортов клея. Это опьянение также проявляется эйфорией и онеироидом. Видения часто напоминают мультипликационные фильмы развлекающего содержания («мультики»). Подобные «лилипутские галлюцинации» в виде ярко окрашенных маленьких человечков и зверюшек, быстро двигающихся, с утрированной мимикой и жестами, иногда говорящих писклявыми голосами, были описаны французским психиатром Лероем еще в начале XX века (до появления мультипликационных фильмов) при инфекционных и интоксикационных психозах. При передозировке могут наступить сопор и кома Описаны случаи смерти от асфиксии при вдыхании паров клея из целлофанового мешка, натянутого на голову, так как, потеряв сознание, дышавшие не в силах были его снять.
Злоупотребление ингалянтами распространено среди подростков. «Мода» на разные вещества постоянно сменялась, иногда охватывая лишь отдельные регионы, сообщества, группировки. Ингалиру-ются чаще всего в компании сверстников, связанных между собой местом жительства или учебой. Начинают злоупотреблять ингаляциями в возрасте 9—14 лет. Большинство подростков вскоре бросают ингаляции. Лишьу 5—10 % развивается токсикомания Взрослые чаще используют ацетон, и тогда токсикомания формируется чаще.
Диагностика. Диагноз токсимании устанавливается на основании выявления психической зависимости от ингалянта. Ее косвенными признаками служат переход от ингаляций, начатых в компании, ко вдыханию паров в одиночку, увеличение дозы вдыхаемого вещества, повторные ингаляции в течение дня и даже ежедневные длительные по нескольку часов подряд с перерыва-ми. Перестают скрывать злоупотребление от посторонних и близких. Злобно отталкивают тех, кто пытается прервать ингаляцию. При вынужденном перерыве появляется депрессия и дисфория.

Развитие физической зависимости ставится под сомнение. Наблюдаемые при перерыве ингаляций вегетативные расстройства (головная боль, сердечные аритмии), а также бессонница, мышечный тремор, шаткость походки могут быть следствием токсической энцефалопатии, вызванной хронической интоксикацией.
Последствия хронической интоксикации в виде психоорганического синдрома и токсической

энцефалопатии наступают через несколько недель после частых и продолжительных ингаляций или через многие месяцы при редких (1—2 раза в неделю) ингаляциях. Психоорганический синдром проявляется ослаблением памяти, трудностью сосредоточения, плохой сообразительностью, замедленной ориентировкой в меняющейся обстановке. У подростков резко падает способность усваивать новый учебный материал Пассивность и склонность к безделью могут чередоваться со злобностью и агрессивностью. Токсическая энцефалопатия сопровождается вегетативными и неврологическими нарушениями. Жалуются на постоянные головные боли, плохой сон, головокружения, во время езды на транспорте укачивает. При неврологическом осмотре можно видеть спонтанный нистагм, легкий мышечный тремор, пошатывание в позе Ромберга, повышение сухожильных рефлексов. На ЭЭГ регистрируют умеренные диффузные изменения, а иногда выявляется судорожная активность.
Для хронической интоксикации бензином характерны поражения печени и почек, пятновыводителями — хронические бронхиты. Если злоупотреблявшие ингалянтами начинают пьянствовать, то алкоголизм обычно развивается злокачественно.
Лечение. При сформировавшейся токсикомании лечение необходимо проводить в стационарных условиях прежде всего для того, чтобы строго контролировать поведение, исключить возможность тайных ингаляций. Проводится дезинтоксикация (лучше всего в виде капельных внутривенных вливании глюкозы, тиосульфата натрия, мочегонных и др.). Депрессию и дисфорию устраняют амит-риптилином, коаксилом и карбамазепином (финлепсином). Для подавления влечения к ингалянтам пытаются использовать некоторые нейролептики — неулептил, сонапакс. Аверсионная терапия в виде выработки условного отрицательного рефлекса на сочетание запаха ингалянта с действием рвотных средств (апоморфин, эметин) оказалась малоэффективной. При психоорганическом синдроме используют длительное лечение ноотропами (пирацетам, пантогам, фенибут) и общеукрепляющими средствами. Целью психотерапии является раскрытие пациенту вреда для здоровья, особенно психического, злоупотребления ингалянтами.

16.3.2.2. Злоупотребление галлюциногенами и холинолитическая токсикомания
Используемые средства. Употребление галлюциногенов известно с древних времен Индейские племена в Америке во время религиозных ритуалов использовали высушенные верхушки одного из видов кактуса — пейота, действующим началом которого является мескалин — вещество, химически сходное с адреналином, но отличное по действию. У ацтеков тем же целям служил «божественный гриб» — псилоцибе. Его действующее вещество было названо псилоцибином В 1943 г. в лаборатории швейцарской фармацевтической фирмы «Сандос» А.Гоффманн и А Штол синтезировали вещество, галлюциногенная активность которого в сотни раз превышает силу действия мескалина и псилопибина Это вещество не обладает ни вкусом, ни цветом, ни запахом Его назвали ди-этиламидом лизергиновой кислоты (ЛСД) Его ничтожное количество способно вызвать яркие зрительные галлюцинации на протяжении нескольких часов. В 60—70-х годах злоупотребление ЛСД распространилось среди молодежи и подростков в США
В нашей стране использование ЛСД запрещено законом. С целью вызвать у себя галлюцинации применяются в основном хо-линолитические средства1 астматол (содержащий белладонну, бе-лену, дурман), циклодол, а также обладающий холинолитическим действием димедрол
Циклодоловый делирий. Циклодол (артан, паркопан) — средство для лечения паркинсонизма и экстрапирамидных нарушений моторики при лечении психотропными препаратами После приема большой дозы (до нескольких десятков таблеток по 0,002 г) сперва наступает эйфория, иногда перемежающаяся с чувством страха. Затем, часто после сна, возникает делирий. Содержание зрительных галлюцинаций зависит от предшествующей ситуации Если циклодол был принят во время беззаботного веселья с приятелями, то больному видятся развлекательные сцены, смешные происшествия. Если интоксикации предшествовали ссоры, столкновения, драки, устрашающие события, то в галлюцинациях фигурируют бандиты, преследователи, сцены нападений. Характерна калейдо-скопичность галлюцинаций — быстрая смена картин и вместе с тем повторение одних и тех же видений по нескольку раз Слуховые галлюцинации всегда тематически связаны со зрительными
Характерен симптом исчезающей сигареты, когда больной не видит своей руки, то чувствует зажатую между пальцами сигарету, но когда пытается поднести ее ко рту — сигарета «исчезает».
Циклодоловый делирий протекает со светлыми промежутками — от нескольких минут до нескольких часов, во время которых сознание больных проясняется, они хорошо помнят и

критически оценивают галлюцинации. Длительность всего делирия около суток.

Вегетативные расстройства выражены нерезко: зрачки широкие, лицо гиперемировано, умеренная тахикардия.
Делирий при других галлюциногенах. Астматоловый делирии, вызванный питьем настоя, приготовленного из астматола (часто в смеси с вином), протекает тяжелее циклодолового, отличается глубоким помрачением сознания, дезориентировкой в окружающем, беспомощностью одурманенных и последующей амнезией (о галлюцинациях сохраняются лишь отрывочные смутные воспоминания, а происходившее в действительности выпадает из памяти). Димедроловый делирий (несколько таблеток димедрола обычно принимают со спиртным) более сходен с циклодоловым, но на высоте делирия критическое отношение к галлюцинациям может утрачиваться и больной может оказаться опасным для других.
Галлюциноз, вызванный ЛСД, отличается наличием синестезий: звуки вызывают цветовые ощущения («цветомузыка»). Видения яркие и сочетаются с деперсонализацией и дереализацией. Поведение бывает различным — от пассивного созерцания с критическим отношением к переживаниям до агрессивных и аутоагрессив-ных действий с полной утратой критики.
Злоупотребление и формирование токсикомании. Обычно галлюциногены употребляются эпизодически. Реже подбираются дозы циклодола, которые вызывают только эйфорию — тогда может наступить психическая зависимость. Еще реже появляется устойчивое влечение к повторным галлюцинаторным переживаниям. Этим отличается ЛСД, способный вызвать сильное влечение к его повторным приемам: переживание галлюциноза становится основным смыслом жизни, т.е. развивается явная психическая зависимость. В США распространился галлюциноген с коротким действием (около получаса) — диэтилтриптамин. К нему, например, прибегают тайком во время обеденного перерыва.
Лечение. Вызванные галлюциногенами делирий прерываются внутримышечной инъекцией аминазина или реланиума. В дальнейшем проводится дезинтоксикация.
16.3.2.3. Другие виды злоупотреблений и токсикомании
Злоупотребление транквилизаторами. Транквилизаторы могут служить для усиления алкогольного опьянения или к ним регулярно прибегают, чтобы «успокоиться», «отвлечься от неприятностей». К ним обращаются, чтобы заменить наркотики, когда невозможно их достать и нужно облегчить абстиненцию. Наиболее привлекательны для этих целей бензодиазепины: реланиум, нитразепам, альпразолам (ксанакс), клоназепам. Большие дозы транквилизаторов, в несколько раз превышающие терапевтические, способны вызывать своеобразное опьянение. Вначале наступает чувство необычного приятного покоя, затем нарастает оглушение (отвечают с задержкой, переспрашивая, речь делается сма-

заннои, походка — неустойчивой), которое переходит в глубокий продолжительный сон, а иногда и в сопор. Но впоследствии пробуждаются обычно даже без специальной помощи. Токсикомания может развиться при длительном регулярном приеме. Постепенно возрастает доза, требуемая для «успокоения» и нормального сна. Вынужденный перерыв после длительного злоупотребления приводит к бессоннице, кошмарным сновидениям, постоянному чувству тревоги и беспокойства. Описаны редкие случаи физической зависимости после продолжительного злоупотребления транквилизаторами в больших дозах. В абстиненции появляются судорожные подергивания мышц, случаются эпилептические припадки и осфые психозы со спутанностью.
Кофеинизм. Несмотря на широкое распространение кофе как повседневного напитка во многих регионах, кофеинизм как токсикомания встречается редко. В этих случаях в течение дня выпивают много чашек крепкого кофе или даже поедают «кофейный кисель». В других случаях злоупотребляют чифиром — отваром очень крепкого чая (50 г на один стакан воды). Очередной допинг повышает работоспособность, дает ощущение бодрости, прилива сил, повышения творческих способностей. На ночь обычно принимают снотворное. Лишение привычного стимулятора ведет к тяжелой астении и перепадам настроения.
Физическая зависимость нехарактерна. Длительное злоупотребление сопровождается истощением, сердечными аритмиями, тяжелым хроническим гастритом, а также выраженной эмоциональной неустойчивостью.
Никотинизм. Злоупотребление курением табака можно рассматривать как токсикоманию всегда, когда курение табака становится постоянной насущной потребностью, что свидетельствует об очевидной психической зависимости. Прекращение курения в этих случаях вызывает

дискомфорт, беспокойство, резкое усиление влечения. Тяготение усиливается после еды, выпивки, при пробуждении от ночного сна, во время напряженной умственной работы и при волнении, а также при виде других курильщиков и при запахе табачного дыма. Следствием длительного курения бывают хронические бронхиты, гиперацидные гастриты. Среди курильщиков значительно выше заболеваемость ишемиче-ской болезнью сердца, инфарктом миокарда, раком легких, язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, гипер-тонической болезнью и облитерирующим эндоартериитом.

Лечение транквилизаторной токсикомании, кофеинизма и никотинизма сводится к назначению симптоматических средств, облегчающих проявления психической зависимости, и различным видам психотерапии. При привыкании к большим дозам транквилизаторов во избежание судорожных приступов их отмену лучше осуществлять постепенно в течение 2—3 нед.

16.3.2.4. Рубрификация в МКБ-10

Острая интоксикация различными психоактивными средствами, абстинентный синдром, зависимость от разных наркотических и токсикоманических средств, с учетом стадии болезни, а также психозы, обусловленные злоупотреблением психоактивными веществами, представлены в рубриках и подрубриках раздела «Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ».

16.4. Этиология и патогенез

Причинами аддиктивного поведения являются социально-психологические факторы. Основные мотивы начала злоупотребления разделяют на гедонистические (желание испытать необычно приятное состояние), атарактические (стремление «забыться», «отключиться от неприятностей», ослабить действие эмоциональных стрессов) и субмиссивные (подчинение влиянию других людей, конформность в компаниях).

Природа психической зависимости остается невыясненной. Согласно гипотезе И.П.Анохиной, она связана с дефицитом дофамина и норадреналина в гипоталамической области мозга. Гипотеза предполагает существование единого патогенетического механизма зависимости от всех известных веществ — от алкоголя до опиатов. Однако далеко не все средства, используемые злоупотребляющими, способны заменять друг друга. В патогенезе опийных наркоманий нельзя не учитывать существование «эндогенных опиоидов» — эн-дорфинов и энкефалинов и специальных опиатных рецепторов в мозге, способных их связывать. Стимуляторы типа эфедрина и пер-витина химически сходны с эндогенными катехоламинами.

16.5. Диагностика наркоманий и токсикомании

Диагноз наркомании особенно ответствен, так как по существующим законам он подразумевает обязательное лечение без согласия больного. Наркомании и токсикомании диагностируются на основании признаков психической или физической зависимости, перечисленных ниже. Лабораторные методы диагностики не разработаны. Если в крови, моче, слюне обнаруживают какой-либо наркотик или иное токсичное вещество, то это свидетельствует только об его употреблении, но не о наличии зависимости. Для диагностики предложены биологические пробы — провокации абстиненции, например введением антагониста морфина (налок-сон, налорфин) при подозрении зависимости от опиатов.

16.6. Распространенность

Достоверных данных об «истинной» болезненности и заболеваемости наркоманиями и токсикоманиями в различных регио-

нах и странах мира нет, поскольку наркоманы и токсикоманы относительно редко обращаются в официальные медицинские учреждения. В 1996 г. в России было зарегистрировано 130 тыс. че-ловек, злоупотреблявших наркотическими и токсикоманически-ми средствами, или 88 человек на 100 тыс. населения. На начало 2001 г., поданным правоохранительных органов, в нашей стра-не злоупотребляли психоактивными веществами от 400 тыс. до 3 млн. человек.

Предполагается, что число учтенных лиц, злоупотребляющих психоактивными веществами, в 8—10 раз меньше их действительного количества. Распространение многих наркотиков и иных токсичных веществ характеризуется склонностью к эндемичности и эпохальности. Например, в нашей стране эндемии опиизма наблюдаются там, где растет дикий мак, гашишизма — где произрастает конопля. В США и других западных странах в 50—60-е годы прошла эпидемия злоупотребления стимуляторами типа фенамина, в 60—70-е годы их сменили марихуана и героин, а в 80-е — кокаин.

16.7. Прогноз

В области нарко- и токсикомании существуют две прогностические задачи: оценка вероятности развития зависимости у тех, кто начат злоупотребление, и прогноз при сформировавшихся наркоманиях и токсикоманиях.
Вероятность развития зависимости зависит от личности, от социального окружения и вещества, которым начали злоупотреблять. Наиболее высок риск при неустойчивой и эпилептоидной акцентуации характера, при резидуальном органическом поражении головного мозга, при наличии наркоманов и токсикоманов в непосредственном окружении (считается, что один наркоман приобщает к злоупотреблению наркотиками в среднем 5 человек), а также при гедо-нистических установках (постоянное желание наслаждаться жизнью и развлекаться) в семье и привычных компаниях. Зависимость возникает приблизительно у 5—10% лиц, которые еще подростками стали злоупотреблять ингалянтами, у 10—20% начавших с транквилизаторов, у 40% лиц, попробовавших внутривенное введение опиатов, и у 60—80% — эфедрона или первитина.
Прогноз при сформировавшихся наркоманиях и токсикоманиях зависит от их вида и стадии. При опийной, эфедроновой и пер-витиновой наркоманиях прогноз малоблагоприятен. Рецидивы в большинстве случаев наступают вскоре после окончания лечения. Часть наркоманов возобновляет злоупотребление наркотиками сразу же после выхода из больницы. Ремиссии длительностью более одного года при II стадии не превышают 20%. Рецидивы наступают от любых эмоциональных стрессов или при возобновлении контактов с наркоманами. Среди наркоманов и токсикоманов зна-

чительно выше, чем среди остального населения, уровень суицидов и смерти от несчастных случаев. Высока также смертность от передозировки наркотиков и от соматических осложнений. Социальный прогноз также неблагоприятен: высокая преступность, па-разитический образ жизни, личностная деградация.
16.8. Лечение и реабилитация
Неотложная помощь при передозировке наркотиков и других токсичных веществ и способы купирования абстиненции изложены при описании отдельных видов наркоманий и токсикомании.
Подавление влечения осуществляется с помощью психотропных средств (неулептил, сонапакс и др.), аверсионной терапии (сочетание наркотического и токсического опьянения с отрицатель-ными стимулами — рвотой, страхом и т.д.), а также различных методов психотерапии, направленных на убеждение больного прекратить злоупотребление. Все эти методы недостаточно эффективны.
При длительном злоупотреблении принято проводить дезинтоксикацию (тиосульфат натрия, унитиол, сульфат магния, глюкоза и др) и общеукрепляющее лечение.
При наличии зависимости лечение необходимо проводить в стационаре с режимом, исключающим тайное продолжение злоупотребления. Лечение наркоманий в нашей стране является обязательным При отказе от него на основании решения суда наркоман может быть подвергнут принудительному лечению. На токсикоманию этот закон не распространяется
Реабилитация страдающих наркоманией после лечения их в стационаре строится на длительном (в течение 5 лет) активном наблюдении в наркологических диспансерах, которые содействуют их трудоустройству, проводят повторные амбулаторные курсы общеукрепляющего лечения и психотерапии, а при угрозе рецидива используют психотропные средства.
16.9. Профилактика
Профилактика основывается на двух методах — системе запретов и санитарном просвещении. Незаконное изготовление, приобретение, хранение, перевозка и пересылка наркотических средств наказуется как уголовное преступление, притом особенно строго (до 10 лет лишения свободы), если это делается с целью сбыта. Интенсивная борьба с подпольными торговцами наркотиками является самой действенной мерой профилактики наркомании. Необходимы строгий контроль и учет медицинского использования наркотиков в онкологической, хирургической и другой практике, где они незаменимы.
В отношении ненаркотических токсичных веществ таких законов нет. Вряд ли осуществим специальный контроль за их упо

треблением не по назначению (например, бензина, пятновыводителей и т.д.). За рубежом высказывается точка зрения, что запреты вообще малодейственны, а молодежь из чувства протеста еще более склонна к злоупотреблению. Поэтому предлагается торговать очищенными

и дозированными препаратами опия, конопли и т.д., как это делается в отношении алкоголя и табака Подобная мера подорвала бы подпольный бизнес

Санитарное просвещение в области наркомании и токсикомании представляет непростую задачу. С одной стороны, необходима популяризация знании об опасности употребления наркотиков и других дурманящих веществ, о высоком риске быстро к ним пристраститься, вреде для физического и психического здоровья. С другой стороны, высказывается опасение, что широкое распространение сведений о наркотиках может пробудить среди молодежи и особенно среди подростков нездоровый интерес к ним и способствовать распространению злоупотребления. Однако, хотя до 1986 г. в нашей стране всякие сведения о наркотиках в средствах массовой информации были практически запрещены, это не остановило роста наркомании и токсикомании.

Молодежь в компаниях могла получить обширные сведения о «привлекательной стороне» действия наркотиков и других токсичных средств и весьма скудные — об их опасности.

16.10. Экспертиза

Заключение о наличии наркотического опьянения на основании его клинических проявлений может быть только предварительным Оно должно быть подтверждено химическим анализом крови, мочи, слюны на содержание в них наркотика

Больные наркоманиями признаются невменяемыми только в том случае, когда инкриминируемые им действия совершаются в состоянии психоза, когда они оказываются лишенными способности отдавать отчет в своих действиях и руководить ими. Чаще преступления связаны с приобретением наркотиков (кражи, мошенничество с поддельными рецептами, кустарное изготовление и т.д.) Все эти преступления совершаются без утраты вменяемости. Однако судебно-психиатрическая экспертиза должна вынести заключение о необходимости принудительного лечения.

При далеко зашедших наркоманиях, сопровождаемых инва-лидизирующими хроническими соматическими заболеваниями, оценка трудоспособности должна строиться на основании тяжести этих заболеваний. Наличие наркоманий не служит препятствием для определения инвалидности Лиц, злоупотребляющих наркотиками, не следует допускать к вождению транспорта.

Глава 17. ИНТОКСИКАЦИОННЫЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА

Острые и хронические отравления различными токсическими веществами могут вызывать как психозы, так и непсихотические расстройства (неврозоподобные, психоорганические) Однако некоторые из этих веществ способны играть роль провокатора эндогенных психических заболеваний — шизофрении, маниакально-депрессивного психоза. Острые интоксикационные психозы после завершения действия яда или его токсических последствий заканчиваются выздоровлением (обычно после периода астении) либо, если действие на мозг оказалось непоправимым, приводят к психотическим и непсихотическим расстройствам органического генеза (синдромы психоорганическии, корсаковский и др.).

Ряд интоксикационных психозов был описан в главе о наркоманиях и токсикоманиях (психозы гашишные, эфедроновые и первитиновые, циклодоловые и вызванные иными галлюциногенами и др.). Некоторые из них могут возникнуть не только при злоупотреблении дурманящими веществами, но и при использовании некоторых из них в суицидальных целях или при случайных отравлениях. Другие вещества (бензин, ацетон и т.д) могут стать следствием профессиональных отравлений.

Алкогольные психозы иногда также относят к интоксикационным, но генез их более сложен. Патологическое психотическое опьянение возникает от малых доз алкоголя, действующих на мозг, ранее пораженный другими факторами Алкогольный делирий, галлюциноз, параноид, корсаковский психоз называют ме-талкогольными, так как в их генезе важнейшее участие принимает аутоинтоксикация, вызванная нарушением метаболизма, свойственным алкоголизму. Интоксикационные психические расстройства развиваются также при передозировке некоторых лекарств или особой чувствительности к ним (лекарственные психозы), а также при острых и хронических отравлениях разными ядами в быту и на производстве (в промышленности и сельском хозяйстве).

17.1. Клинические проявления

Отличительная черта клинической картины интоксикационных психозов заключается в том, что один и тот же токсический фактор в зависимости от дозы, скорости воздействия и индивидуальных особенностей организма способен вызывать разные синдромы. Однако один и тот же синдром может встречаться при отравлении многими веществами. Но все же существуют «предпочтительные синдромы», наиболее часто наблюдаемые при определенном виде

отравлений.

17.1.1. Острые интоксикационные психозы
Клиническая картина острых психозов, вызванных различными ядами, имеет большее сходство Отличия больше всего касаются неврологических и соматических симптомов Чаще всего встречаются синдромы делириозный, онейроидныи, синдромы выключения сознания — последовательно сменяющие друг друга оглушение, сопор, кома Реже можно наблюдать галлюцинозы с ясным сознанием — с критическим отношением к своим болезненным переживаниям, параноидные, маниакальноподобные, депрессивные (скорее субдепрессивные) синдромы, состояние спутанности (аментивный синдром).
Интоксикационный делирии, как и все делириозные состояния, проявляется яркими зрительными галлюцинациями, к которым могут присоединяться тематически с ними связанные слуховые, обонятельные и вкусовые Галлюцинации принимаются за реальность, критического отношения к ним нет, ими определяется поведение. Ориентировка в окружающем нарушена Предделириозные состояния проявляются яркими ночными сновидениями, эпизодическими зрительными иллюзиями и галлюцинациями, иногда беспричинной тревогой или эйфорией. Делирии развиваются в качестве осложнения действия некоторых психотропных средств — лепонекса (клозапина), тизерцина (левомепромазина), мелипрамина, при отравлениях атропином, астматолом, циклодолом, димедролом. Среди бытовых и производственных отравлений следует упомянуть угарный газ — окись углерода (для этого делирия особенно характерны обонятельные галлюцинации), тетраэтилсвинец (в этом случае нередки парестезии в полости рта — ощущение попавших в рот волос), анилин (описан мусситирующий делирии), бензин, сероводород, метан и другие углеводороды (газ, используемый в быту). Делирий наблю-дается также при тяжелых пищевых отравлениях (ботулизм, отравление грибами).
Интоксикационный онейроид отличается от делирия двигательной пассивностью даже при полном отключении от окружающего и погружением в созерцание фантастических видении. Чаще всего встречается при отравлении ацетоном и другими кетонами и эфиром.
Интоксикационное оглушение, сопор и кома развиваются при отравлении барбитуратами, большими дозами транквилизаторов, окисью углерода, фосфорорганическими соединениями (инсектициды, пестициды), мышьяком, тетраэтилсвинцом, антифризом (в последнем случае оглушение сочетается с эйфорией).
Интоксикационная спутанность (аментивный синдром) с полным непониманием происходящего вокруг, неузнаванием близких, потерей ориентировки, растерянным видом, малосвязной речью,

состоящей из эмоциональных выкриков или стереотипно повторяемых фраз, развивается при отравлении спорыньей (ее препараты — эрготоксин, эрготамин) и фосфорорганическими соединениями.
Интоксикационные параноиды описаны при отравлении некоторыми стимуляторами (амфетамин, эфедрон, первитин, кокаин). Возникают бред преследования и отношения, иногда отравления и слуховые галлюцинации. Реже развиваются другие виды бреда Если появляются бред воздействия и псевдогаллюцинации, то обоснованы бывают подозрения на провокацию приступа шизофрении.
Интоксикационные маниакальноподобные состояния встречались при лечении малярии большими дозами акрихина (атебрина), а также при отравлении сероуглеродом. Эйфория и болтливость обычно не сопровождались маниакальным стремлением к деятельности
Другие синдромы встречаются относительно редко. При передозировке кортикоидов или АКТГ или при длительном лечении ими, особенно у детей, могут возникнуть кататоноподобные воз-буждения При острых отравлениях пестицидами описан своеобразный синдром крайней аффективной лабильности — непрерывно меняющихся неуправляемых эмоций (страх и эйфория, злоба и растерянность чередуются друг с другом). Эпилептиформныи синдром считается характерным для острого отравления свинцом.
17.1.2. Психические расстройства при хронических интоксикациях
При хронической интоксикации многими ядами можно выделить две стадии — неврозоподобную и психоорганическую.
Неврозоподобная стадия проявляется астеническим, астеноипо-хондрическим, астенодепрессивным синдромами. Реже наблюдаются синдромы истероидный (например, при хроническом отравлении бензином) или астенообсессивный (обычно на фоне премор-бидной акцентуации характера психастенического или сенситивного типа). При отравлении ртутью астения сочетается с аффективной лабильностью, при отравлении марганцем — с депрессией.

Психоорганическая стадия либо постепенно формируется на фоне неврозоподобных расстройств (например, при отравлении марганцем, свинцом, бензином), либо ее симптомы проявляются с самого начала хронической интоксикации и постепенно нарастают (например, при отравлении мышьяком, барбитуратами, ацетоном). Нарушается память, особенно кратковременная, способность запоминать новое, появляются рассеянность, трудность со-средоточения, инертность переключения внимания. Ухудшается сообразительность, утрачивается быстрота ориентировки в событиях и окружении. В более тяжелых случаях может развиться псевдопаралитический или корсаковский синдром. Отравление свинцом может стать причиной эпилепсии

Хронические параноидные психозы описаны при длительной интоксикации фенамином (амфетамином), эфедрином, кокаином, гашишем, а также фосфорорганическими соединениями (инсектициды, пестициды) и сероуглеродом Возможно, что часть этих случаев является провокацией шизофрении

Затяжные депрессии встречаются при лечении гипертонической болезни препаратами, содержащими резерпин и сходные с ним вещества (раунатин, раувазан, рауседил, адельфан и др.), а также допегитом Депрессии могут развиться при длительном лечении аминазином и галоперидолом, кортикостероидами и АК.ТТ, но они описаны даже при употреблении больших доз антибиотиков. Обычно эти депрессии непсихотического уровня При отмене указанных лекарств депрессии прекращаются.

17.2.Течение и прогноз

Тяжелые острые отравления, приводящие к сопору и коме или эпилептическому статусу (особенно барбитураты, фосфорогани-ческие соединения, окись углерода, тетраэтилсвинец), а также пищевые отравления (спорыньей, грибами, при ботулизме) могут создать реальную угрозу летального исхода.

Острые интоксикационные делирии и онейроиды нередко завершаются полным выздоровлением (после периода астении). Однако тяжелые делирии могут предшествовать развитию корса-ковского синдрома, тогда улучшение наступает очень медленно — на протяжении нескольких месяцев и даже лет. Иногда вслед за острым психозом может выявиться психоорганический синдром.

При хронических интоксикациях неврозоподобные нарушения после прекращения действия токсичных агентов обычно постепенно на протяжении недель и месяцев сглаживаются. Интен-сивное дезинтоксикационное и общеукрепляющее лечение ускоряет выздоровление.

Психоорганические расстройства отличаются стойкостью. Если они достигают степени органического слабоумия, то становятся необратимыми. Когда картина ограничивается нетяжелыми нарушениями памяти и внимания, то они обычно поддаются длительному лечению

Интоксикационные параноиды, мании и депрессии завершаются, если прекращается интоксикация. Если же они после этого продолжаются многие недели и месяцы, то речь идет скорее о спровоцированных эндогенных психозах.

17.2.1. Рубрификация в МКБ-10

Специальных рубрик для интоксикационных психических расстройств в МКБ-Ю не предусмотрено Следует использовать класс XIX МКБ-Ю «Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин». В этом классе русифицированы от-

равления различными лекрственными средствами и другими веществами. Однако психические последствия отравлений не отражены.

17.3. Дифференциальный диагнозе

При острых интоксикационных психозах в случае делирия дифференциальный диагноз проводится прежде всего с алкогольными психозами. Надо при этом иметь в виду, что при хроническом алкоголизме делирии могут быть вызваны другими токсичными веществами. Инфекционные делирии исключаются на основании соматической картины заболевания. При онейроиде окончательное заключение лучше делать после дезинтоксикации, чтобы исключить провокацию токсичным агентом онейроидных состояний при шизофрении. Токсическую природу оглушения, сопора, комы удается установить по имеющимся сведениям об отравлении или на основании исследования крови и мочи с целью обнаружения токсичных веществ. Спутанность чаще встречается при острых инфекционных психозах, но тогда она сопровождается повышением температуры тела, лихорадочным видом, лейкоцитозом, увеличением СОЭ. Острый параноид всегда должен настораживать в отношении провокации шизофрении. О последнем свидетельствует появление признаков синдрома Кандинского—

Клерам-бо или затягивание параноида на несколько недель после дезинтоксикации. При маниакальноподобных состояниях отличие от шизофрении и маниакально-депрессивного психоза возможно только на основании продолжительного наблюдения, так как и акрихин, и сероуглерод способны оказаться провокаторами этих психозов

При хронических интоксикациях неврозоподобные расстройства, в отличие от неврозов, могут развиваться без психических травм и внутриличностных конфликтов. Однако хронические интоксикации делают личность менее устойчивой к психической травматизации и фрустрации, поэтому они в свою очередь могут играть роль провокаторов интоксикационных неврозоподобных расстройств, основной причиной которых все же следует считать хроническое отравление Психоорганический синдром можно признать вызванным интоксикацией, исключив другие причины (черепно-мозговые травмы, мозговые инфекции, опухоли и сосудистые заболевания мозга).

17.4. Лечение, профилактика, экспертиза

Лечение. Дезинтоксикация при острых психозах проводится с помощью средств и методов, описанных в пособиях по неотложной помощи при отравлениях и по токсикологии Используются гемосорбция, гемодиализ, вливания глюкозы, мочегонные средства и др. При возбуждении и делирии лучше избегать примене-

ния нейролептиков (особенно аминазина, галоперидола и тизер-цина) При отравлении окисью углерода и барбитуратами они вообще противопоказаны.

Делирий, онейроид, психомоторное возбуждение лучше попытаться устранить транквилизаторами, например вливаниями рела-ниума, феназепама) Также с транквилизаторов лучше начинать лечение интоксикационных параноидов и маний и лишь после интенсивной дезинтоксикации при надобности переходить к нейролептикам. При неврозоподобных и психоорганических расстройствах рекомендуется сочетать транквилизаторы, ноотропы и легкие стимуляторы (сиднокарб, настойки лимонника, женьшеня, заманихи, аралии, стрекулии, экстракты левзеи, родиалы, элеутерококка и др.). Используются повторные курсы дезинтоксикации и общеукрепляющие средства. Хронические параноидные психозы лечат так же, как параноидную шизофрению.

Затяжные лекарственные депрессии требуют использования антидепрессантов лишь в том случае, если вызвавшее их лекарство нельзя заменить другим (например, резерпиновые препараты — клофелином). Тогда к аминазину или галоперидолу добавляют ме-липрамин, амитриптилин, анафранил, золофт, рекситин, паксил.

Профилактика интоксикаций на производстве составляет предмет гигиены труда и разработки предельно допустимых норм воздействия токсичных агентов. Ядовитые вещества, употребляемые в быту (например, инсектициды), должны храниться и использоваться в строгом соответствии с прилагаемыми инструкциями. Значительную часть интоксикационных психозов составляют те, которые возникают при аддиктивном поведении — употреблении наркотиков, галлюциногенов и других дурманящих средств. Профилактические меры здесь те же, что и при предупреждении наркоманий и токсикомании.

При назначении лекарств, способных вызвать интоксикационные психические расстройства, необходимо соблюдать осторожность. Лицам, склонным к депрессиям, эмоционально-лабильным, лучше не назначать препараты резерпина, допегит, аминазин, галоперидол. При лечении лепонексом, тизерцином, мелипрамином необходимо следить за появлением предделири-озных предвестников

Психиатрическая экспертиза в основном является трудовой. При выраженных психоорганических расстройствах бывает необходимым определение инвалидности Связь этих расстройств, с профессиональной вредностью устанавливается на основе их возникновения после острой интоксикации либо при хроническом воздействии токсических веществ, при исключении других факторов, способных вызвать эти расстройства (черепно-мозговые травмы, мозговые инфекции, сосудистые заболевания мозга и др.).

Глава 18. ПСИХИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ОЖОГОВОЙ БОЛЕЗНИ

Ожог (combustio, ambustio) — повреждение тканей, вызванное действием высокой температуры, электротока, химических веществ или химических активных излучений. В связи с этим различают ожоги термические, электрические, химические и лучевые. Наиболее часто встречаются термические ожоги.

Термические ожоги возникают при воздействии пламени, лучевой теплоты, раскаленных металлов и газов, горючих жидкостей.

«Ожог — травма, которая начинается с секунд ужаса, за которыми часто следуют годы страданий». Эти слова D.Jackson (1965) очень точно характеризуют ожоговую болезнь.

Ожоговая болезнь возникает в результате ожоговой травмы — такой обширной и глубокой раны, которая приводит к нарушению всех функций и систем организма, из-за чего самопроизвольное выздоровление невозможно.
Ожоговая болезнь нарушает все системы и функции организма, не только связанные с ожоговой раной, но и интактные органы.
Для одних систем и функций эти нарушения преходящи, для других длительны и часто необратимы (кожные покровы, нервная система).
Нарушения регуляторных механизмов и функций жизнеобеспечения, более отчетливо проявляющиеся при ожоговом шоке, свидетельствуют о том, что нервные механизмы и их нарушения являются ведущими.
Нервные механизмы, являясь пусковыми, не единственные, так как к ним сразу же присоединяются крово- и плазмопотери, токсические влияния как эндогенного, так и экзогенного характера (иммунологические, инфекционные), расстройства деятельности регуляторных и исполнительных органов и систем.
Воздействия ожога и ожоговой раны на центральную нервную систему массивны и полиморфны.
Нервно-психические расстройства в одних случаях преходящи и связаны только с определенным периодом ожоговой болезни, в других — обнаруживаются на всех этапах болезни, в третьих — сопровождают пострадавшего всю жизнь.
В развитии ожоговой болезни выделяют несколько периодов или этапов: шок, этап токсемии — септикотоксемии, реконвалес-ценции и отдаленных последствий ожоговой болезни.

18.1. Клинические проявления

18.1.1. Психические нарушения в остром периоде

18.1.1.1. Шок

Получение тяжелых ожогов приводит к развитию шока. Причиной шока являются процессы, происходящие в ожоговой ране: афферентная импульсация, образование токсичных веществ, пе-

ремещение белков, электролитов, воды. Эти процессы приводят к гипоксии, нарушениям обмена, интоксикации и инфекции, которые одновременно являются и механизмами церебральных нарушении и проявляются нервно-психическими расстройствами.
Нервно-психические расстройства в период шока однообразны и обусловлены не личностью пострадавшего, а выраженностью и периодом шока. Поэтому у детей, стариков и соматически ослабленных людей шок развивается быстрее и протекает тяжелее.
Для начального периода шока — эректильной фазы характерны обнубиляции сознания и речедвигательное возбуждение, сопровождающееся в ряде случаев эйфорией и нарастанием рассеянной неврологической симптоматики. Наблюдаются глазодвигательные симптомы в виде пареза конвергенции, мидриаза или миоза, нистагма.
У больных в этой фазе шока отмечаются повышение сухожильных рефлексов, легкие менингеальные симптомы, преимущественно белый дермографизм и тахикардия. При ухудшении физического состояния нарастает торпидная фаза шока. Усиливается заторможенность, адинамия, обнубиляции сменяются состоянием оглушенности, а в дальнейшем — сопором и комой. Более 70% больных в этой стадии шока погибают.

18.1.1.2. Токсемия - септикотоксемия

Следующий период токсемии — септикотоксемии начинается условно с 3—4-го дня после получения ожога. Условность границ связана с тем, что нарушения и изменения, возникшие в период шока, еще остаются.
Неврологические расстройства проявляются в нарастании ме-нингеальных симптомов, головных болей, головокружений, тошноты и частой рвоты. Наблюдаются рассеянная неврологическая симптоматика и мышечная гипотония. Сухожильные и периосталь-ные рефлексы повышены, часто асимметричны Имеют место судорожные расстройства, чаще локальные и реже генерализованные.
Из психопатологических синдромов раньше всего появляется и наиболее стойко сохраняется астенический симптомокомплекс. Тяжесть астенических расстройств коррелирует с интоксикацией, особенно с такими признаками, как гипертермия, усиление тахикардии, тахипноэ, колебания артериального давления, чаще в сторону снижения.
Соматовегетативные проявления астенического синдрома в этот период ожоговой болезни разнообразны и массивны, но не подвергаются психической переработке.
В зависимости от выраженности интоксикации в периоде токсемии — септикотоксемии выделяют психические расстройства, протекающие на невротическом, субпсихотическом и

психотическом уровне. Невротические расстройства исчерпываются различ-

ными вариантами астенических состояний. Субпсихотические изменения проявляются астенической спутанностью, гипнагоги-ческими галлюцинациями, оглушением.
Для психотического уровня расстройств характерны состояния с помрачением сознания, делириозные, делириозно-онейроид-ные и аментивные синдромы.
Субпсихотические и психотические состояния развиваются обычно на фоне выраженной астенической симптоматики, поэтому протекают стерто и атипично.
При улучшении физического состояния и уменьшении интоксикации субпсихотические и психотические расстройства редуцируются и больной начинает более адекватно оценивать случившееся: утрату трудоспособности, внешней привлекательности, крушение жизненных планов. Это приводит к формированию психогенных расстройств. Ведущим синдромом в это время у больных ожоговой болезнью является тревожно-депрессивный, который может проявляться на невротическом, субпсихотическом и психотическом уровне. Отмечено, что чем выраженнее астенический синдром, обусловленный интоксикацией, тем руди-ментарнее психогенные расстройства.
Если больной выживает, то к концу второй и началу третьей недели общемозговые расстройства претерпевают обратную динамику, в неврологических проявлениях начинают доминировать локальные симптомы поражения центральной и периферической нервной системы: нарушения со стороны двигательных черепных нервов, анизорефлексия по гемитипу, патологические рефлексы, парезы и параличи, преобладание симпатического или парасимпатического тонуса. В психопатологической картине начинает формироваться психоорганический синдром, включающий интеллектуально-мнестические и аффективные расстройства, которые оценивают-ся как ожоговая энцефалопатия.
На выраженность психоорганического синдрома (триада Вальтер-Бюеля) оказывают влияние, кроме индивидуальных особенностей больного, выраженность ожоговой болезни, глубина и площадь кожных покровов, пострадавших при ожоге. В этом периоде выраженность аффективных и интеллектуально-мнестиче-ских расстройств колеблется, не удается отметить преобладание какой-либо симптоматики, поэтому этот этап определяется как недифференцированная ожоговая энцефалопатия.
18.1.1.3. Реконвалесценция
Период реконвалесценции характеризуется полным отторжением некротических тканей, заполнением дефектов грануляциями, для него свойственны обменно-трофические нарушения и

снижение реактивности организма. В этот период ожоговой болезни все, что раньше пугало больного, становится реальностью: ампутации, дефекты внешности, обезображивающие рубцы. Психические расстройства этого периода характеризуются эк-зогенно-психогеннои симптоматикой, которая формируется на фоне ожоговой энцефалопатии. У больных преобладают депрессивные и астенические расстройства, наряду с этим отмечаются характерологические нарушения по возбудимому, тормозному и апатическому типу. У части больных возникают сверхценные идеи отношения, которые склонны к генерализации, но отличаются нестойкостью и могут переходить в подозрительность и недоверчивость (субпсихотический уровень расстройств).
18.1.2. Психические нарушения в отдаленном периоде (ожоговая энцефалопатия)
В отдаленном периоде наблюдаются характерные для других экзогенно-органических психических заболеваний состояния: астенические с неврозоподобными и невротическими симптомами, энцефалопатические психопатоподобными расстройствами и более или менее выраженными признаками психоорганического синдрома, эпилептиформные припадки и другие пароксизмаль-ные расстройства, органическое слабоумие. В этом периоде обычно сохраняется очаговая неврологическая симптоматика.
Отмечают, что у лиц, перенесших ожоги, появляется навязчивый страх перед огнем (Николаев Г.В., Гельфанд В.Б.). Больные критически относятся к ним. Страхи сопровождаются выражен-ными вегетативными реакциями при необходимости выполнения действий, связанных с огнем. Навязчивые переживания имеют некоторые особенности: отсутствует переживание чуждости, нет ритуальной защиты и генерализации, характерно регредиентное течение. Считают, что указанное своеобразие страхов обусловлено астенической симптоматикой и энцефалопатией, которые препятствуют формированию более сложных расстройств. Вынужденное подавление страхов в повседневной жизни, как правило, приводит к постепенному их исчезновению.
Астенические (цереброастенические) расстройства редуцируются в течение нескольких лет

после относительно нетяжелых ожогов, когда площадь поражения не превышала 12—15% поверхности тела.
В клинической картине обычно преобладают истощаемость, быстрая утомляемость, головные боли, головокружения, вегетативная лабильность, иногда вегетативные пароксизмальные со-стояния, чувствительность к метеофакторам, плохая переносимость как холодной, так и жаркой погоды. Компенсация состояния наступает медленно и в течение нескольких лет остается неус-

тойчивой. При обезображивающих рубцах легко возникают сверхценные идеи отношения с субдепрессивнои симптоматикой.
В отдаленном периоде происходит дальнейшее формирование клинических вариантов ожоговой энцефалопатии. Это связано с тем, что при ожоговой болезни органический процесс не завер-шается с исчезновением раневой поверхности, а продолжает развиваться и усложняться, о чем свидетельствуют показатели электроэнцефалографических исследовании и компьютерной томо-графии мозга. С их помощью обнаруживаются очаги пароксиз-мальнои активности, участки запустения, главным образом в передних отделах мозга, расширение желудочков, борозд и т.д.
По клинической картине энцефалопатии выделяют апатический: эксплозивный, тормозимый и смешанный варианты ожоговой энцефалопатии.
В некоторых случаях ведущими в клинической картине бывают пароксизмальные расстройства — от развернутых генерализованных припадков до вегетативных пароксизмов и абсансов, из-менения личности приобретают эпилептоидные черты. У других больных появляется паранойяльная симптоматика, подозрительность и настороженность.
18.1.3. Рубрификация состояний в МКБ-10
В МКБ-10 нет специального раздела, посвященного ожоговой болезни, наблюдающиеся психические расстройства должны кодироваться в разделе «Органические, включая симптоматические, психические расстройства» с учетом ведущего синдрома.
18.2. Патогенез
Ожоговая болезнь нарушает все системы (нервную, эндокринную, кровообращение и др.) и функции организма, не только непосредственно связанные с ожоговой раной, но и в интактных органах. Для одних систем нарушения преходящи, для других длительны и необратимы (кожные покровы, нервная система).
Нарушения регуляторных механизмов и функций жизнеобеспечения, наиболее отчетливо проявляющиеся при ожоговом шоке, свидетельствуют, что ведущими являются нарушения нервных механизмов.
Нейрогенные механизмы при ожоге являются пусковыми, к ним присоединяются крово- и плазмопотери, экзогенные и эндогенные токсические влияния (инфекции, гетеро- и аутоантиге-ны), расстройства деятельности регуляторных органов и систем.
Воздействия ожога на центральную нервную систему массивны и полиморфны. Кроме перевозбуждения (афферентная им-пульсация) ЦНС, важным патогенетическим звеном является гипоксия мозга, которая начинается раньше всего и связана с нарушениями кровообращения и водно-солевого обмена, к которым

впоследствии присоединяется вторичная гипоксия (из-за нарушений внешнего дыхания).
Нарушения кровообращения вначале характеризуются спазмом сосудов, что приводит к первичной ишемии мозга, а гемо-концентрация и нарушения водного обмена — к отеку мозга, т.е. вторичной ишемии мозга.
Ожоговая рана приводит вначале к аутоинтоксикации (продукты распада белков), к которой присоединяется вторичная интоксикация — инфекционная.
Эти нарушения приводят не только к преходящим нервно-психическим расстройствам, так как гипоксия, ишемия мозга, сосудистые нарушения на начальных этапах вызывают астению, делири-озные и другие психические нарушения, но и к необратимым расстройствам психической деятельности в виде ожоговой энцефалопатии (гибель нервных клеток, приводящая к расширению борозд головного мозга, системы желудочков, появлению очагов пониженной плотности (поданным компьютерной юмографии, ЭЭГ).
18.3. Распространенность и прогноз
По данным ВОЗ, ожоги занимают третье, а в некоторых странах — второе место по частоте среди прочих травм. Около 60 тыс человек ежегодно в мире погибают от ожогов.
Выраженность и частота психических нарушений зависят от глубины и обширности поражения.
При глубоких ожогах, занимающих свыше 15% поверхности кожи, психические нарушения встречаются у 85—90% больных.

С увеличением тяжести ожоговой болезни возрастает число больных с психическими нарушениями. В 56% случаев обычно наблюдается психотическая симптоматика и в 44% — расстройства на невротическом уровне (Кряжев СВ.).
В отдаленном периоде психические нарушения наблюдаются у каждою шестого пострадавшего. Расстройства психической деятельности в отдаленном периоде ожоговой болезни оцениваются как ожоговая энцефалопатия (Николаев Г.В., Гельфанд В.Б.).
Прогноз при ожоговой болезни зависит от площади и глубины поражения кожи. При ожогах, превышающих 15% поверхности тела, степени IIIA и более глубоких, в отдаленном периоде формируется ожоговая энцефалопатия. При ожогах площадью более 50% поверхности тела часто можно наблюдать апатический вариант ожоговой энцефалопатии, по выраженности интеллектуально-мнестиче-ских расстройств приближающейся к органическому слабоумию. При менее обширных и глубоких поражениях прогноз обусловлен ущербом, который нанесен личности ожогом. При обезображивающих рубцах на лице снижение трудоспособности бывает обусловлено психическими расстройствами.

18.4. Лечение
Лечение психических нарушений при ожоговой болезни проводится с учетом этапа ее развития и клинических проявлений на каждом этапе. При делириозных расстройствах необходимо назначать большие дозы транквилизаторов — до 30—40 мг/сут седуксена внутримышечно. При психотической и субпсихотической бредовой симптоматике назначаются нейролептики (галоперидол в дозах 5,0—6,0 мг/сут, этаперазин — 20,0—30,0 мг/сут и др.), при депрессиях — антидепрессанты в сравнительно небольших дозах, например амитриптилин до 100 мг/сут, пиразидол — 100-150 мг/сут.
Для профилактики тяжелых вариантов ожоговой энцефалопатии на ранних этапах болезни назначаются ноотропы до 3,4—4,0 гр/сут последовательными курсами и препараты, улучшающие микроциркуляцию крови в головном мозге (трентал, кавентон и др.).
18.5. Экспертиза
Трудоспособность больных определяется не только физическими нарушениями (рубцы, деформации, ампутации), но и выраженностью психических расстройств. При ожоговой энцефалопатии больные, как правило, ограничено трудоспособны, при апатическом варианте чаще признаются инвалидами II группы.
Судебно-психиатрическое экспертное решение зависит от тяжести психических нарушений. При психотических и субпсихотических расстройствах больные обычно признаются невменяемыми.
Глава 19. ПСИХИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ОБЩИХ И МОЗГОВЫХ ИНФЕКЦИЯХ И СПИДЕ
19.1. Психические нарушения при инфекциях
Инфекционные психозы — ipynria психических заболеваний, причиной которых являются инфекции.
Психические нарушения при инфекциях зависят от природы инфекционного заболевания, особенностей реагирования на болезнь центральной нервной системы, а также от локализации болезненного процесса. Важное значение в понимании сущности и происхождения инфекционных психозов сыграла концепция Бонгёффера об экзогенном типе реакции.
Психические расстройства возникают как при многих общих инфекциях, так и при инфекциях центральной нервной системы. Разделение психических расстройств при инфекционных заболеваниях на так называемые симптоматические — при общих инфекциях, и органические — при интракраниальных, непосредственно поражающих головной мозг инфекциях, весьма относительно. Это обусловлено тем, что общие инфекции при неблагоприятном течении на определенном этапе могут поражать головной мозг, приобретая практически клиническую картину интракраниальных инфекций.
19.1.1. Клинические проявления 19.1.1.1. Психические нарушения при общих инфекциях
В основе инфекционных психозов лежат прежде всего психопатологические расстройства, относящиеся к так называемым экзогенным типам реакции (Бонгеффер К.): делирий, аменция, сумеречное состояние сознания, эпилептиформное возбуждение, галлюциноз. Они протекают в следующих формах:
1) транзиторных психозов, исчерпывающихся синдромами помрачения сознания: делирии, аменция, оглушение, сумеречное помрачение сознания (эпилептиформное возбуждение), онейроид;
2) затяжных (програгированных, пролонгированных) психозов, протекающих

без нарушения сознания (переходные, промежуточные синдромы), к которым относятся галлюциноз, галлюцина-торно-параноидное состояние, апатический ступор, конфабулез;
3) необратимых психических расстройств с признаками органического поражения центральной нервной системы — корсаков-ские и психоорганический синдромы.
Транзиторные психозы. Эти психозы скоропроходящи и не оставляют никаких последствий.
Делирии — один из синдромов нарушения сознания, самый распространенный тип реагирования центральной нервной систе-

мы на инфекцию, особенно в детском и молодом возрасте. Делирии может иметь особенности, зависящие от характера инфекции, возраста больного, состояния его центральной нервной системы.
При инфекционном делирии сознание больного нарушено, он не ориентируется в окружающем, однако иногда на короткое время удается привлечь внимание больного. На этом фоне возникают обильные зрительные иллюзорные и галлюцинаторные переживания, страхи, идеи преследования. Делирий усиливается к вечеру. Больные видят сцены пожара, гибели людей, разрушения. Им кажется, что они совершают путешествия, попадают в страшные катастрофы. Поведение и речь обусловлены галлюцинатор-но-бредовыми переживаниями. В формировании галлюцинатор-но-бредовых переживаний при инфекционном делирии большую роль играют болезненные ощущения в различных органах (больному кажется, что его четвертуют, ампутируют ногу, простреливают бок и т.д.). В ходе психоза может возникнуть симптом двойника. Больному кажется, что рядом с ним находится его двойник. Довольно часто развивается профессиональный делирий — больной выполняет действия, привычные для его работы.
Инфекционный делирий при различных инфекциях имеет свои особенности.
Аменция — другой довольно часто встречающийся вид реагирования на инфекцию, при котором имеет место глубокое помрачение сознания с нарушением ориентировки в окружающем и собственной личности. Обычно развивается в связи с тяжелым соматическим состоянием. В картину аменции входят нарушение сознания, резкое психомоторное возбуждение, галлюцинаторные переживания. Аменции свойственна бессвязность мышления (инкогеренция), речи и растерянность. Возбуждение довольно однообразное, ограниченное пределами постели. Больной беспорядочно мечется из стороны в сторону (актация), вздрагивает, вытягивается, но иногда стремится куда-то бежать, испытывает страх. Такие больные нуждаются в строгом надзоре и уходе.
Онейроидные состояния характеризуются отрешенностью больных от окружающего, драматичностью возникающих в воображении фантастических событий. Больные находятся либо в ступоре, либо двигательно беспокойны, возбуждены, суетливы, тревожны, испытывают страх. Аффективное состояние крайне неустойчиво. Иногда при сохранении правильной ориентировки у больных возникает непроизвольное фантазирование. Подобное состояние с отрешенностью, заторможенностью, аспонтанностью определяется как онейроидноподобное.
Делириозно-онирические (сновидные) состояния содержат сновидные расстройства, нередко со сказочно-фантастической тематикой. Больные при этом являются активными участниками событий, испытывают тревогу, страх, ужас.

Значительно реже к транзиторным психозам относятся амне-стические расстройства в виде кратковременной ретроградной или антероградной амнезии: на какое-то время из памяти исчезают события, которые предшествовали заболеванию или имели место после острого периода болезни. Инфекционный психоз сменяется астенией, которая определяется как эмоционально-ги-перестетическая слабость. Этот вариант астении характеризуется раздражительностью, плаксивостью, резкой слабостью, непереносимостью звуков, света и т.д.
Затяжные (протрагированные, пролонгированные) психозы. Ряд общих инфекционных заболевании при неблагоприяжых обстоятельствах может приобретать затяжное и даже хроническое течение. Психические расстройства нередко с самого начала протекают без помрачения сознания в виде так называемых переходных симптомов. Заканчиваются протрагированные психозы обычно длительной астенией, а в ряде случаев - корсаковским или психоорганическим синдромом.
Клиническая картина протрагированных инфекционных психозов довольно изменчива. Депрессивно-бредовое состояние может смениться маниакально-эйфорическим с повышенным настроением, говорливостью. В дальнейшем могут появиться идеи преследования, ипохондрический бред, галлюцинаторные переживания. Конфабуляции при переходных

психозах встречаются реже. Психопатологические расстройства сопровождаю 1ся выраженным астеническим синдромом с явлениями раздражительной слабости, а также нередко депрессивно-ипохондрическими расстройствами.
Необратимые психические расстройства. В основе этой патологии лежит органическое поражение головного мозга, клиническими проявлениями которого могут быть психоорганически и кор-саковскии синдромы. Они носят необратимый характер, наиболее часто возникают при интракраниальных инфекциях или при общих инфекциях, сопровождающихся церебральным поражением.
В последние десятилетия наряду с инфекционными заболеваниями существенный патоморфоз претерпели и психические нарушения. Психотические формы уступили место симптоматике пограничного круга нарушений психики. Являясь стержневым, астенический синдром сопровождается выраженными вегетативными расстройствами, сенестопатически-ипохондрическими, навязчивыми явлениями, нарушениями сенсорного синтеза. Аффективная патология проявляется в виде преобладания депрессивных расстройств, нередко с дисфорическим оттенком — с тоскливостью, злобностью, раздражительностью. При затяжном течении болезни формируются личностные сдвиги, меняется ха-

рактер, появляются возбудимость либо черты неуверенности в себе, тревожности, мнительности. Эта симптоматика может быть достаточно стойкой.
При ряде инфекций психические нарушения имеют некоторые особенности, которые в свою очередь могут являться диагностическими.
Характер психических расстройств при скарлатине зависит от формы болезни и ее течения. При легкой форме болезни уже на второй день вслед за кратковременным возбуждением развивается астеническая симптоматика. При среднетяжелой и тяжелой формах скарлатины астения у детей первые 3—4 дня сочетается с легкой оглушенностью. При тяжелых формах скарлатины воз-можно развитие психозов преимущественно в виде делирия и онейроида с периодически усиливающимися галлюцинациями с фантастическим содержанием. При этом психоз имеет волнообразное течение, с быстрой сменой настроения. У ослабленных, часто болеющих детей при стертых атипичных формах скарлатины психоз может развиться на 4—5-й неделе. Астенические расстройства после скарлатины являются почвой для формирования у детей невротических реакций. Токсическая и септическая формы скарлатины могут осложняться органическим поражением головного мозга в виде энцефалитов, менингитов. В этих случаях в отдаленном периоде возможно развитие эпилепти-формного синдрома, снижение памяти, интеллекта, изменений личности с нарастанием эксплозивности. При токсической форме скарлатины, сопровождающейся отеком мозга, возможна кома. Септическая форма скарлатины на 3—5-й неделе болезни может осложниться эмболией мозговых сосудов с явлениями гемиплегии.
Рожистое воспаление сравнительно редко сопровождается развитием психических расстройств. При остром течении болезни на высоте лихорадки на фоне астенической симптоматики может развиваться транзиторный психоз в виде абортивного, обычно гипнагогического, делирия. При вялом или затяжном течении рожистого воспаления может развиваться аментивное состояние. Этот синдром возникает, как правило, вслед за кратковременным гипоманиакальным состоянием с эйфорией. При затяжном течении болезни могут возникать психозы без нарушения сознания.
Среди промежуточных или переходных синдромов при роже чаще встречаются астенодепрессивный, астеноипохондрический, гипоманиакальный.
При тяжелом течении инфекции, развитии флегмоны возможно кататоноформное состояние. Прогноз транзиторных и пролонгированных психозов при роже благоприятный.
При кишечных инфекциях психические нарушения включают в

себя астенические расстройства с плаксивостью, тоской, тревогой.
Брюшной тиф сопровождается астенией, адинамией, бессонницей, устрашающими гипнагогическими галлюцинациями, нередко тревогой,страхом.
Наиболее тяжелой формой малярии является тропическая малярия. Инфекция, вызываемая Plasmodium falcipanim, сопровождается симптомами, указывающими на поражение мозга. Такие случаи заболевания относятся к церебральной форме малярии. При появлении даже слабовыраженных психических расстройств без каких-либо неврологических симптомов принято говорить о церебральной форме. Опасны злокачественные коматозная и апоплексическая разновидности церебральной малярии.

Расстройство сознания развивается постепенно или очень быстро: внешне совершенно здоровый человек внезапно теряет сознание, иногда при нормальной температуре. Смерть может на-ступить через несколько часов. Нередко коматозному состоянию предшествуют различные симптомы инфекционного заболевания или же только усиление головной боли. Кома может возникнуть после делирия или сумеречного помрачения сознания, реже — после эпилептиформных припадков.
Судорожный синдром представляет собой существенное проявление церебральной малярии. Важным для диагностики этой формы болезни признаком является ригидность мышц затылка, иногда паралич глазных мышц, другие формы поражения черепных нервов, монопле-гия, гемиплегия, нарушения координации движений и гиперкинезы.
Прогноз при коматозной форме очень серьезный. Кроме оглушения и делирия, при церебральной форме малярии могут возникать сумеречное помрачение сознания и аменция. Малярийные психозы продолжаются несколько дней и даже недель.
При гриппе психические расстройства наблюдаются во время эпидемий.
Психозы развиваются на высоте инфекции через 2—7 дней, реже — 2 нед. после падения температуры тела. При развитии психоза в остром периоде отмечается нарушение сознания со зрительными галлюцинациями. При постгриппозном психозе развиваются аффективные расстройства, страхи. У детей появляются головные боли, анорексия, брадикардия, глубокая астения с расстройствами сна, психосенсорными нарушениями, страхами, болью в сердце, угнетенностью. Иногда имеют место тоскливое возбуждение, бред самообвинения. Астения может сопровождаться выраженными вегетативными расстройствами.
При кори нередко развивается ночное делириозное возбуждение (лихорадочный бред). Иногда делирий развивается и днем, появляется двигательное беспокойство с внезапным плачем, кри-ком. При кори, так же, как и при скарлатине, делирий часто раз-

вивается у взрослых При осложнении кори энцефалитом появляются судороги, параличи, нередко развиваются оглушение, спячка Формирующийся психоорганический синдром сопровождается развитием психопатоподобных изменений.
Клиника психических нарушений при свинке мало отличается от психической патологии при скарлатине и кори. Осложнением свинки может быть менингоэнцефалит, сопровождающийся тяжелым оглушением, сопором и даже комой. При этом возможны также припадки, гиперкинезы, параличи
При пневмонии возможны делириозные эпизоды в вечернее и ночное время, сонливость днем может сопровождаться парэйдо-лическими иллюзиями
У больных хроническим алкоголизмом пневмония может способствовать развитию белой горячки.
Психические нарушения при ревматизме более 100 лет привлекают к себе внимание В Гризингер описал меланхолию и ступор при этом заболевании
Ведущим в клинической картине психических нарушений при ревматизме является астенический синдром, который правильнее называть церебрастенией (Сухарева Г.А.). К особенностям ревматической церебрастении относится триада двигательных, сенсорных и эмоциональных расстройств.
Наряду с замедленностью движений появляется наклонность к гиперкинезам — насильственным движениям.
Среди сенсорных расстройств чаще наблюдаются нарушения оптических восприятий' раздвоение предметов, изменение их размеров и формы, появление тумана, разноцветных шариков и полос. Предметы кажутся очень далекими или, наоборот, очень близкими, большими или маленькими Имеют место вестибулярные расстройства. Иногда нарушается восприятие собственного тела.
К эмоциональным расстройствам относятся подавленность, колебания настроения, тревога, страхи. Часто возникают расстройства сна. У ряда больных появляются нарушения поведения в виде расторможенности, двигательного беспокойства. Нередко при ревматизме развиваются стойкие фобии, истерические реакции.
При затяжном течении болезни возникают сумеречные расстройства сознания, эпилептиформные синдромы К тяжелым нервно-психическим расстройствам при ревматизме относится ревматическая церебропатия с более грубым нарушением интеллектуальной работо-способности. Ревматические психозы характеризуются онейроидны-ми расстройствами, депрессией с приступами тоски, тревоги, страха.
Хронические психозы характеризуются дел ириозными состояниями. На более ранних этапах

болезни отмечаются аффективная неустойчивость, повышенная истощаемость, вялость, адинамия Реже развиваются тревожно-депрессивное и маниакальное состояния.

19.1.1.2. Психические нарушения при мозговых инфекциях
Психические расстройства при острых инфекциях центральной нервной системы наблюдаются как в острой стадии заболевания, так и в отдаленном периоде в виде более или менее стойких последствии
Клинические варианты нейроинфекции разнообразны. Это разнообразие зависит не только от особенностей нозологической природы инфекции, но и от места действия патологических фак-торов — в мозговых оболочках либо в веществе мозга (менингиты, энцефалиты, менингоэнцефалиты), способа проникновения в мозг (первичные и вторичные формы), характера патологического процесса (менингиты — гнойные и серозные, энцефалиты — альтернативные и пролиферативные)
Энцефалиты. К энцефалитам относятся воспалительные заболевания головного мозга различной этиологии
Различают первичные энцефалиты, являющиеся самостоятельными заболеваниями (клещевой, комариный, лошадиный энцефалиты, летаргический энцефалит Экономо), и вторичные, раз-вивающиеся на фоне какой-либо общей инфекции энцефалиты.
Энцефалиты подразделяют на энцефалиты с преимущественным поражением белого вещества головного мозга — лейкоэнце-фалиты, с преимущественным поражением серого вещества — полиэнцефалиты, энцефалиты, при которых поражается как белое, так и серое вещество головного мозга, — панэнцефалиты
Картина психических расстройств при энцефалитах складывается из острых психозов с помрачением сознания, протекающих по типу «экзогенного типа реакций», так называемых переходных синдромов с аффективными, галлюцинаторными, бредовыми и кататоноподобными проявлениями, а также психоорганического и корсаковского синдромов.
Эпидемический энцефалит Эпидемический энцефалит (летаргический энцефалит, энцефалит Экономо) относится к вирусным инфекциям.
Различают острую и хроническую стадии эпидемического энцефалита Встречаются случаи, при которых острая стадия протекает бессимптомно, а заболевание проявляется только симптомами хронической стадии
Острая стадия заболевания характеризуется внезапным появлением или развивается после непродолжительных продромальных явлений с нерегулярной лихорадкой Для этого периода ха-рактерным является нарушение сна, причем чаще наблюдается сонливость, поэтому эпидемический энцефалит называется иногда иначе — сонным, или летаргическим. В значительной части случаев сонливость преобладает с самого начала, но чаще следует заделириозными или гиперкинетическими расстройствами. Сон-

ливость следует отличать от оглушения в результате повышения внутричерепного давления
В некоторых случаях, наоборот, имеет место стойкая бессонница. Острая стадия болезни продолжается от 3—5 нед до нескольких месяцев и может сопровождаться психотическими рас-стройствами, выраженными в делириознои, аментивно-делири-ознои и маниакальной формах
При делириознои форме нарушение сознания может предшествовать неврологическим нарушениям К неврологическим расстройствам на этой стадии болезни относятся парезы глазодвигательного и особенно отводящего нервов, диплопия, птоз. К особенностям делирия относятся галлюцинации то грезо подобно го или устрашающего характера, то элементарные (молния, свет); развиваются также элементарные слуховые галлюцинации (музыка, звон), реже — вербальные и тактильные обманы (жжение).
Галлюцинации отражают события прошлого. Нередко развивается профессиональный делирий Возможно развитие бредовых идеи. Характерно, что делириозная форма часто наблюдается на фоне выраженных других токсических проявлений (повышенная температура тела, резкие гиперкинезы, вегетативные симптомы), а при тяжелом течении заболевания возможен мусситирующии делирии. В некоторых случаях делириозная форма принимает злокачественный характер с проявлением синдрома «острого бреда». Возбуждение при этом достигает максимальной выраженности, речь становится совершенно спутанной, и больные погибают в состоянии наступающей комы.
Аментивно-делириозная форма вначале характеризуется появлением картины делирия, которая через несколько дней сменяется аментивным синдромом Эта форма длится до 3—4 нед. и так же, как и делириозная форма, кончается исчезновением психопатологических симптомов с

последующей более или менее продолжительной астенией Реже у больных развивается онейроидное состояние.
Маниакальная форма характеризуется проявлением признаков маниакального синдрома.
Исход острой стадии бывает различным. В периоды эпидемий около трети больных умирают на этом этапе болезни. Возможно и полное выздоровление, но чаще оно бывает кажущимся, так как через несколько месяцев или лет выявляются симптомы хронической стадии.
Между острой и хронической стадиями чаще всего наблюдаются резидуальные расстройства.
Наиболее характерными для хронической стадии являются различные проявления паркинсонизма. Появляется ригидность

мышц, которая выражается в своеобразной позе больного с приведенными к туловищу руками и несколько подогнутыми коленями. Очень характерно также появление постоянного дрожания, особенно рук. Все движения замедленны, что особенно проявляется при выполнении произвольных актов. При попытке двигаться больной падает назад или вперед и в стороны — ретропульсия, ан-теропульсия и латеропульсия. В этой стадии все более выраженными становятся и изменения личности, проявления которых описаны в литературе под названием «брадифрения» Этим термином обозначают синдром, включающий в разных сочетаниях значи-тельную слабость побуждении, снижение инициативы и спонтанности, безразличие и безучастность. Парки неон ическая акинезия может внезапно прерываться кратковременными очень быстрыми движениями Наблюдаются и пароксизмальные расстройства (судороги взора, насильственные приступы крика — клазомания, эпизоды сновидного помрачения сознания с онейроидными переживаниями). Описаны и относительно редкие случаи галлюцинатор-но-параноидных психозов, изредка даже с синдромом Кандинского—Клерамбо, а также затяжные кататонические формы.
В основе острой стадии лежат сосудисто-воспалительный и инфильтративный процессы в сером веществе головного мозга. Хроническая стадия сопровождается дегенеративными изменениями в нервных клетках и вторичным разрастанием глии.
Клещевой (весенне-летний) энцефалит, вызывающийся ней-ротропным фильтрующимся вирусом и переносящийся иксодо-выми клещами, и комариный (летне-осенний) энцефалит, вызывающийся также неиротропным фильтрующимся вирусом, но переносящийся комарами, как и эпидемический энцефалит, протекают с острой и хронической стадиями. Клинические проявления немногим отличаются от таковых при эпидемическом энцефалите. Так, в острой стадии наблюдаются проявления синдромов помраченного сознания
В хронической стадии для клещевого энцефалита наиболее характерным является синдром кожевниковской эпилепсии, а также другие пароксизмальные расстройства (психосенсорные нарушения, сумеречные расстройства сознания, случаи, напоминающие «хореическую падучую» В.М.Бехтерева).
Бешенство — наиболее тяжелый энцефалит, относящийся также к первичным, всегда протекающий с психическими расстройствами Клиническая картина бешенства типична.
Различают три стадии. Первая (продромальная) стадия выражается в чувстве общего недомогания, подавленности. Нередко уже в этой стадии повышена чувствительность к разным раздражениям, главным образом к малейшему дуновению воздуха (аэрофобия).

Вторая стадия начинается с повышения температуры тела и головных болей. Нарастают двигательное беспокойство и ажитация. Больные становятся депрессивными, испытывают страх смерти, уверены в неминуемой кончине. Характерна водобоязнь (гидрофобия) Даже представление о воде вызывает у больного судорожные спазмы в гортани, развивается состояние удушья, сопровождающееся иногда двигательным возбуждением. В этой стадии у больных часто наблюдают делириозные и аментивные состояния. У них нередко встречаются судороги, расстройства речи, повышенная саливация, тремор.
В третьей стадии (паралитической) наступают парезы и параличи конечностей. Усиливаются нарушения речи Нарастает состояние оглушенности, переходящее в сопор. Смерть наступает при явлениях паралича сердца и дыхания. Течение болезни у детей более быстрое и катастрофическое, продромальная стадия более короткая.
Лейкоэнцефалит (описанный Шильдером в 1912 г.) — «диффузный периаксиальный склероз» Болезнь начинается постепенно с астенической симптоматики, ухудшения памяти, нарушения речи (афазия, дизартрия), моторной неловкости.
В дальнейшем пропадают навыки самообслуживания, опрятности, нарастает деменция. В отдаленном этапе появляются ги-перкинезы, децеребрационная ригидность, развивается

кахексия.
Вторичные энцефалиты, развивающиеся на почве общих инфекций, протекают примерно по тем же законам, что и первичные, но каждая из инфекций имеет свою характерную клинику доэнцефалитического периода.
Что касается психических расстройств при вторичных энцефалитах, то они мало чем отличаются от таковых при первичных энцефалитах
Менингит — это воспаление оболочек головного и спинного мозга. Чаще встречается лептоменингит — воспаление мягкой и паутинной мозговых оболочек. Менингит наиболее часто отмечается у детей раннего возраста.
Возбудителями менингита могут быть разнообразные патогенные микроорганизмы, различные вирусы, бактерии и простейшие.
В продромальном периоде менингита отмечается астеническая симптоматика На высоте болезни в основном наблюдаются состояния помрачения сознания.
Психические нарушения при менингитах могут быть неодинаковыми в зависимости от того, о каком менингите идет речь — о гнойном или серозном. Так, при эпидемическом цереброспи-нальном менингококковом гнойном менингите в остром периоде

преобладает оглушение с эпизодами делириозного и аментивного помрачения сознания, в наиболее тяжелых случаях возможно развитие сопорозного и коматозного состоянии.
В группе серозных менингитов (менингоэнцефалитов) наиболее четко выраженные психические расстройства могут наблюдаться при туберкулезном менингите. В остром периоде оглушение может чередоваться с кратковременными делириозно-оней-роидными эпизодами, образными фантастическими переживаниями, зрительными и слуховыми галлюцинациями, депсрсона-лизационно-дереализационными расстройствами, ложным узнаванием близких.
В катамнезе (после комплексного лечения) сохраняются астения, эмоциональная возбудимость, лабильность, обидчивость, колебания настроения, реже имеют место психомоторная расторможенность, бестактность, грубость, патология влечении, снижение критики при формальной сохранности интеллекта, реже интеллектуальный дефект, грубые нарушения эмоционально-волевой сферы (утрата привязанности к близким, отсутствие чувства стыда).
У некоторых больных через несколько лет в пубертатном возрасте появляются депрессивно-дистимические и маниакальные эпизоды. Обращает на себя внимание приступообразное течение психозов.
Серозный менингит при эпидемическом паротите нередко сопровождается выраженной сонливостью, вялостью, психосенсорными расстройствами без выраженных явлений помрачения сознания.
При стихании острого периода менингита могут развиваться переходные синдромы, длящиеся от 1 нед до 3 мес
19.1.1.3. Особенности течения общих и мозговых инфекционных психозов у детей
У детей при грубых воздействиях инфекционной патологии нередко развивается состояние оглушения, затем сопор и кома. К особенностям детского возраста относится также частота предде-лириозных состояний: раздражительность, капризность, тревога, беспокойство, повышенная чувствительность, слабость, поверхностность восприятия, внимания, запоминания, нередко возникают гипнагогические иллюзии и галлюцинации.
Важнейшая роль принадлежит возрастной реактивности. Дети до 5 лет более чувствительны к токсическим воздействиям. У них чаше развиваются судорожные состояния, гиперкинезы. Продуктивная симптоматика в этой возрастной группе очень редка и проявляется в двигательном возбуждении, заторможенности, ру-launch-диментальных делириозных состояниях, иллюзиях.
У детей в постинфекционном состоянии наряду с астенией могут возникать страхи, психопатоподобные расстройства, пуэ-

рильные формы поведения, снижение памяти на текущие события У детей преддошкольного возраста под влиянием тяжелой интоксикации может произойти задержка физического и психи-ческого развития Астенические расстройства являются почвой для формирования невротических реакции
При эпидемическом энцефалите у детей и подростков формируются психопатоподобные расстройства, импульсивное двигательное беспокойство, расстройства влечении, дурашливость, асоциальное поведение, неспособность к систематической умственной деятельности при отсутствии деменции Перенесенный в детстве энцефалит влечет за собой развитие

психопатоподобной симптоматики с назойливостью, адинамическими расстройствами, иногда повышение влечении к пище, гиперсексуальность Наступает задержка умственного развития, хотя выраженной деменции не бывает Подобные расстройства имеются при других энцефалитах При менингитах у детей младшего возраста преобладают вялость, адинамия, сонливость, оглушение с периодами двигательного беспокойства Возможны судорожные пароксизмы

19.1.1.4. Рубрификация психичсеких расстройств в МКБ-10

В МКБ-10 психические расстройства при общих и мозговых инфекциях отнесены в раздел «Органические, включая симптоматические, психические расстройства» F 00 — F 09 и кодируются в зависимости от ведущего синдрома (делирий, амнестическии синдром, галлюциноз, бредовое, аффективное, тревожное расстройство и нарушения поведения)

19.1.2. Этиология и патогенез

Психозы в течении общих инфекционных заболеваний и внут-римозговых инфекций возникают не всегда В развитии психозов принимает участие большое количество факторов, удельный вес которых не всегда ясен Развитие психоза в значительной степени зависит от особенностей инфекции При таких заболеваниях, как сыпной тиф, бешенство, психозы развиваются всегда Другие инфекционные заболевания (дифтерия, столбняк) значительно реже сопровождаются психическими расстройствами Существует точка зрения, что острые психозы с помрачением сознания развиваются при воздействии интенсивных и непродолжительных вредных факторов, протрагированные же психозы, близкие по клинической картине к эндоформным, возникают при длительном воздействии этих факторов (Крепелин Э) Важную роль в развитии психоза играет возраст больного У пожилых людей инфекционные психозы протекают абортивно, в то время как у детей они отличаются большой остротой Женщины чаще подвержены инфекционным психозам Стойкие необратимые психические нарушения при инфекци-

онных заболеваниях определяются морфологическими изменениями в головном мозге Клиническая картина психических расстройств отражает степень интенсивности и прогредиентности поражения головного мозга В основе эпидемического энцефалита лежат сосудисто-воспалительный и инфильгративныи процессы веером веществе головного мозга Хроническая стадия сопровождается дегенеративными изменениями в нервных клегках и вторичным разрастанием глии В основе леикоэнцефалита лежит атрофия белого вещества больших полушарии мозга

Возбудителями энцефалитов являются различные вирусы, бактерии, риккетсии, грибы, простейшие, гельминты

19.1.3. Диагностика

Диагноз инфекционного психоза может быть установлен лишь при наличии инфекционного заболевания, а клиническая картина психоза соответствует эндогенному типу реакции — острых и пролонгированных

Острые психозы с синдромами нарушенного сознания развиваются на фоне острых инфекционных заболеваний Протрагиро-ванные психозы характерны для подострого течения Дифференциальный диагноз Инфекционные психические нарушения необходимо отличать от других психических заболевании Прежде всего инфекционные болезни могут стать условием развития или обострения эндогенных психозов (шизофрения, маниакально-депрессивный психоз) Кроме того, ряд психопатологических расстройств при инфекционных заболеваниях может вызвать большие диагностические трудности

Наибольшего внимания в этом отношении заслуживает амен-тивное состояние при тяжелом инфекционном заболевании, которое необходимо дифференцировать с кататоническим синдромом при шизофрении Кататонию характеризуют подвижность, резкая импульсивность, негативистичность, высокопарность содержания высказываний больных, причудливость речи, аллегоричность При успокоении в случае кататонии появляются нега-тивистическая недоступность и усиление импульсивности при утяжелении болезненных проявлении Возбуждение при аменции ограничивается пределами постели Облик и поведение больных свидетельствуют о беспомощности Речь при аменции бессвязная Больные говорят то оживленно, то тон их речи становится плачущим Временное успокоение аменции сменяется так называемой адинамической депрессией (Странскии).

Не меньшую сложность представляет дифференциация переходных, промежуточных синдромов, весьма близких к эндогенным психозам

Сквозной астенический синдром, на фоне которого возникает психоз, развитие последнего после одного из синдромов нарушенного сознания, а также смена психоза к вечеру делирием да-

ют основание диагностировать переходный синдром инфекционного происхождения. В пользу правильности диагноза говорит корреляция соматического и психического состояния. Утяжеление психического расстройства при улучшении соматического состояния, а также развитие психической патологии после окончания соматического заболевания или сохранение психических нарушении на длительный период после окончания инфекционного заболевания дают основание усомниться в наличии инфекционного психоза.
Патоморфоз как самих инфекционных заболеваний, так и развивающихся при них психических нарушений требует дифференциации неврозо- и психопатоподобных расстройств при инфекциях от психогений и психопатии. От неврозов пограничную психическую симптоматику при инфекциях можно дифференцировать на основании отсутствия непосредственной психической травмы и наличия клинических проявлении инфекционного заболевания Для диагноза психопатии должны быть данные о наличии психопатии до начала инфекционного заболевания.
19.1.4. Распространенность инфекционных психозов
Данные о частоте инфекционных психозов за последние 40—60 лет колеблются в зависимости от периодов, в которые проводились статистические исследования, и от взглядов на диагностику этой патологии. В довоенный период больные инфекционными психозами составляли в различных районах бывшего СССР 2—3% от числа всех поступавших в психиатрические больницы, хотя в некоторых больницах этот процент превышал 12. В годы Великой Отечественной войны процент инфекционных психозов увеличился до 5—6. Его снижение последовало в послевоенные годы — до 2,8%. В 60-х годах частота этой патологии снизилась до 1,2%. В последние десятилетия в результате значительного снижения частоты инфекционных заболеваний отмечается дальнейшее уменьшение в психиатрических больницах больных с инфекционными психозами.
19.1.5. Прогноз
Острые инфекционные психозы обычно проходят бесследно. Однако после инфекционных заболеваний, сопровождающихся острыми симптоматическими психозами, наблюдается состояние эмо-ционально-гиперестетической слабости с выраженной астенией, лабильностью аффекта, непереносимостью громких звуков, яркого света. В неблагоприятных случаях инфекционный делирий протекает с глубоким помрачением сознания, резко выраженным возбужде-

нием, принимающим характер беспорядочного метания (муссити-рующии делирии), и заканчивается летально Прогностически неблагоприятным является сохранение подобного состояния при падении температуры тела Протрагированные психозы могут приводить к изменениям личности по ор1аническому типу. Так, токсическая и септическая формы скарлатины могут осложняться энцефалитом или менингитом Особенности течения психоза и его исход зависят от возраста заболевшего и состояния реактивности организма.
Прогноз энцефалитов чаще неблагоприятный Снижается трудоспособность, появляется психопатизация с асоциальными формами поведения Иногда отмечается ши юфреноподобная симптоматика.
При менингитах нередко наряду с развитием психопатоподоб-ных расстройств с расторможенностью, патологией влечений имеют место интеллектуально-мнестические нарушения, судорожные пароксизмы
19.1.6. Лечение и реабилитация больных с инфекционными психозами
Реабилитация больных с инфекционными психическими нарушениями включает в себя своевременную диагностику и адекватное лечение.
Лечение острых и протрагированных инфекционных психозов должно осуществляться в психиатрических больницах или инфекционных стационарах под постоянным наблюдением психиатра и надзором персонала Наряду с активным лечением основного заболевания больным должна назначаться массивная дезин-токсикационная терапия. Лечение психоза определяется психопатологической картиной болезни.
Острые инфекционные психозы с помрачением сознания, острым галлюцинозом лечат аминазином, возможно также применение седуксена или реланиума внутримышечно.
Лечение протрагированных психозов осуществляется нейролептиками с учетом психопатологической симптоматики Наряду с аминазином применяются другие нейролептики с седативным действием, френолон, хлорпротиксен и др. При этом ряд авторов рекомендуют избегать использования таких препаратов, как гало-перидол, трифтазин (стелазин), мажептил, тизерцин (нозинам) в связи с их гипертермическим свойством
При депрессивных состояниях наиболее широко используются триптизол (амитриптилин),

азафен. При ажитации их следует сочетать с аминазином. При нарушении функции печени дозы френолона и седуксена значительно снижаются
При необратимых психических расстройствах в виде корса-ковского и психоорганического синдромов широко используются препараты ноотропного ряда.

В настоящее время для лечения продуктивной симптоматики могут использоваться атипичные нейролептики рисполепт, олан-зепин, сероквель (кветиапин)
При депрессивных расстройствах возможно использование коаксила, селективных ингибиторов обратного захвата серотони-на — леривона, золофта, ремерона и др.
К реабилитационным мероприятиям у больных с длительно текущими протрагированными психозами, а также необратимыми психическими расстройствами относится адекватное решение социально-трудовых вопросов
19.1.7. Экспертиза
Судебно-психиатрическая экспертиза. Больные острыми и протрагированными психозами признаются невменяемыми При наличии резидуальных расстройств экспертная оценка определяется тяжестью изменений психической деятельности
Трудовая экспертиза Больные с выраженными необратимыми психическими расстройствами признаются нетрудоспособными. Степень нетрудоспособности определяется тяжестью психического состояния. После заболевания энцефалитом и, нередко, менингитом трудоспособность снижается
19.2. Психические нарушения при СПИДе
Психические нарушения при СПИДе настолько разнообразны, что практически включают в себя все разновидности психопатологии, начиная от невротических реакций и кончая тяжелыми органическими поражениями головного мозга Именно за это разнообразие психических расстройств СПИД иногда называют психиатрической энциклопедией или психиатрической одиссеей.
Психические расстройства возникают как у заболевших СПИдом, так и у серопозитивных носителей вируса, что является фактором риска, но не всегда свидетельствует о наличии у человека этого заболевания
В эпидемиологических исследованиях СПИДа лица, имеющие серопозитивную реакцию на СПИД, но без признаков этого заболевания, составляют так называемую серую зону, являющуюся первой группой риска Лица без признаков заболевания и без наличия серопозитивнои реакции на СПИД, но с особым жизненным стилем (гомосексуалисты, бисексуалисты, наркоманы, лица, занимающиеся проституцией) относятся к так называемой группе беспокойства (Морен и соавт). Это вторая группа риска.
Улиц этих двух групп риска также выявляется целый ряд психических нарушений, требующих своевременной диагностики.

19.2.1. Клинические проявления 19.2.1.1. Психические нарушения у инфицированных СПИДом
Вирус СПИДа, обладающий нетолъколимфотропным, но и ней-ротропным свойством, т.е. поражающий непосредственно клетки центральной нервной системы, может вызывать психические расстройства задолго до признаков снижения у больного иммунитета
У многих больных СПИДом м несколько месяцев, а иногда даже и лет до манифестации заболевания' отмечаются апатия, нарушения сна, ухудшение работоспособности, снижение настроения, уменьшение круга общения. Однако на этом этапе психические нарушения чаще всего выявляются на так называемом субклиническом (инфраклиническом) уровне
С возникновением выраженных клинических проявлении болезни в виде лихорадки, обильного ночного пота, диареи, пневмонии и т.д все эти психические нарушения становятся все более клинически выраженными и заметными.
Психиатрами и психологами уделяется большое внимание тому, как будет человек реагировать на диагностику СПИДа, какова будет реакция на сообщение о заболевании, о котором известно, что это «самая страшная болезнь нашего времени», «чума XX века», «самая постыдная болезнь» и т.д. Факт наличия СПИДа расценивается как проявление выраженного психологического стресса с преобладанием на ранних этапах заболевания («этап осознания болезни») преимущественно психогенных расстройств как невротического, так и психотического уровня. Чаще всего это депрессия, нередко очень выраженная, с идеями самообвинения, вины перед близкими, с суицидальными мыслями и тенденциями Однако, как отмечают большинство авторов, завершенные суициды встречаются нечасто. Они чаще бывают у тех лиц, которые были свидетелями смерти близких или друзей от СП ИДа, или у психопатических личностей

Отмечаются случаи суицидов и у лиц, к которым общество относится как к изгоям, отторгает их, не позволяет посещать общественные места, иногда даже жить в своем городе
В этот период характерны также обсессивно-компульсивные расстройства, возникающие одновременно с депрессией или изолированно Возникают навязчивый страх смерти, навязчивые представления о самом процессе умирания, воспоминания о сексуальных партнерах, от которых могло произойти заражение.
Некоторых больных очень беспокоит мысль (также нередко приобретающая навязчивый характер) о возможности заражения родственников или близких бытовым путем, хотя они и понимают ее нелепость.
1 Инкубационный период между заражением вирусом и развитием болезни, по данным разных авторов, длится от 1 мес до 5 лет

Несмотря на преимущественно психогенный характер психических нарушении в период осознания болезни, уже на этом этапе отчетливо «звучит» органическая симптоматика: возникают дисфории, психопатоподобные формы поведения с эксплозивно-стью, гневливостью, агрессивностью, эпилептиформные припадки. Происходит так называемая психологическая дезорганизация (Шодеф П.). Нередко тревога, возникающая у лиц при диагностировании СПИДа, сопровождается, как правило, ажитацией, паникой, анорексией, бессонницей, а также чувством безысходности и гнева, нередко направленного на врачей. При этом встречается анозогнозия, когда больные отрицают наличие у них болезни, не верят врачам, обвиняют их в некомпетентности. В дальнейшем, по мере прогрессирования болезни, все более отчетливыми становятся симптомы органического поражения головного мозга. Однако еще до выявления отчетливого его поражения у многих больных обычно в течение нескольких месяцев выявля-ются самые различные психотические расстройства в виде состояний помрачения сознания, особенно делирия, галлюцинозов, острых параноидных психозов, гипоманиакальных и маниакальных состояний. Нередко психопатологические симптомы СПИДа похожи на переживания больных раком в терминальной стадии.
Основным проявлением СПИДа является поражение головного мозга с быстрым нарастанием деменции (у 60—90% всех заболевших).
В связи с этим даже появились такие термины, как «СПИД-дементныи синдром» или «СПИД-дементныи комплекс».
В 25% наблюдении СПИД-дементныи комплекс может выявляться уже в манифестном периоде болезни. Деменция развивается в связи с возникновением таких поражений мозга, как диффуз-ный подосгрый энцефалит, менингит, менингеальная и церебральная лимфомы (псевдоопухолевые проявления болезни), церебральные геморрагии, церебральные артерииты. При этом у больных постепенно нарастают трудности концентрации внимания, потеря памяти на текущие события, провалы памяти, снижение либидо, симптомы летаргии. Очень быстро (в течение нескольких недель или месяцев) у больных усиливаются симптомы нарастающего слабоумия с психомоторной ретардацией, периодами помрачения сознания (вначале в основном по типу сумеречного помрачения сознания), эпилептиформными припадками, нередко переходящими в эпилептический статус, мутизмом. Затем появляются недержание мочи и кала, нарастает оглушенность, заканчивающаяся комой.
При проведении компьютерной томографии в каждых 10 из 13 случаев определяется наличие общей церебральной атрофии, первым признаком которой обычно бывают нарушения речи.
Из числа заболевших СПИДом 80% умирают в течение двух лет. 90% умирают от СПИДа в возрасте от 20 до 49 лет, причем

около 93% из них составляют мужчины. При этом существует мнение, разделяемое многими исследователями, что одной из главных причин смерти от СПИДа является именно органическое поражение мозга.
Причиной смерти может быть и то, что у 35% больных развиваются саркома или друше злокачественные заболевания — опухоли, а также различные тяжело текущие соматические заболевания. У 60% больных развивается двусторонняя пневмония, от которой также многие погибают.
19.2.1.2. Психические нарушения у лиц из группы риска
Группа риска («серая зона»). Эта группа состоит из лиц, пораженных вирусом СПИДа. Серопозитивность по вирусу СПИДа хотя и является фактором риска, но не всегда свидетельствует о наличии у человека этого заболевания.
Как уже отмечалось, инкубационный период между заражением вирусом и развитием болезни

длится от I мес до 5 лет. Причем если наличие манифестного заболевания среди серопозитивных носителей еще в начале 80-х годов оценивалось в 9—14%, то в последние годы эти цифры достигают 25—34%.

Группа риска («группа беспокойства»). В эту группу входят лица, наиболее подверженные опасности заражения СПИДом. Это страдающие наркоманиями, занимающиеся гомосексуализмом и проституцией. Меньшую группу составляют бисексуалисты, гетеросексуалисты с многочисленными беспорядочными связями, страдающие гемофилией или каким-то другим заболеванием, требующим частых переливаний крови.

По данным большого количества публикаций, в США в 70% случаев СПИДом заболевают лица, занимающиеся гомосексуализмом и проституцией, в 20% — страдающие наркоманиями и 10% составляют рожденные от больных СПИДом женщин и лица, страдающие гемофилией1.

Психические нарушения в той и в другой группах риска схожи, хотя в так называемой серой зоне они встречаются гораздо чаще. Это прежде всего психогенные расстройства с невротической и неврозоподобной симптоматикой, хотя иногда и приобретающей характер психотической. Возникают тревога, беспокойство, раздражительность, бессонница, снижение аппетита, иногда с очень выраженной потерей веса. Характерно снижение работоспособности с нарушением активного внимания, иногда полная сосредоточенность на мыслях о возможном заболевании СПИДом. Общими являются также постоянное перечитывание литературы об этом заболевании, бесконечные поиски у себя тех или иных его симп-

В последнее время число заболевших СПИДом среди страдающих гемофилией уменьшается в связи с проверкой донорской крови на наличие вируса СПИДа, а также благодаря проведению других превентивных мер

томов, ипохондрическая фиксация на своем состоянии. Значительно снижается инициатива, возникает чувство бесперспективности, снижается либидо, хотя многие больные порывают все свои сексуальные связи не из-за этого, а из-за боязни «заболеть еще какой-нибудь дурной болезнью». Значительно меньшее число лиц прерывает всякие сношения из альтруистических побуждений.

Часть лиц из группы риска (особенно из числа серопозитив-ных), напротив, проявляет откровенные антисоциальные тенденции, стремясь либо к возможно большему расширению своих сексуальных связей, либо к передаче вируса СПИДа иным путем.

Типичны состояния в виде апатической, тревожной, тоскливой депрессии с частыми идеями самообвинения (но обычно не доходящими до степени бреда) и суицидальными мыслями, хотя в группе риска суицидальные попытки встречаются редко.

Иногда депрессия у лиц из группы риска приобретает психотический характер с ажитацией вплоть до возникновения состояния типа raptus melancholicus.

У больных из группы риска могут возникать и реактивные психотические состояния в виде сенситивного бреда отношения, реактивного бреда преследования, ипохондрического бреда с описанным при этом «ощущением неприкасаемости».

Возможны и истерические психозы. Вероятно, к группе истерических психозов можно отнести наблюдение, описанное в одном из номеров журнала «Lancet» за 1986 г. У молодого мужчины из проституировавших гомосексуалистов был выявлен вирус СПИДа. Возникло подозрение, что он заразил сына, после чего вся семья отвернулась от него. В ответ на это он порезал себе пальцы, вымазал себя и всю комнату кровью и убежал.

Улиц из группы риска нередко описывают и возникновение психосоматических заболеваний, из которых на первом месте стоит разнообразная патология желудочно-кишечного тракта.

19.2.2. Этиология, патогенез и патологическая анатомия

Этиопатогенез психических нарушений при СПИДе в основном связан с двумя факторами: I) психическим (психологическим) стрессом при известии о наличии неизлечимого заболевания и о связанных с этим внутрисемейных интерперсональных и социальных проблемах; 2) общей интоксикацией и нарастающими тяжелыми поражениями тканей головного мозга и в первую очередь нервных клеток.

Патологическая анатомия. Вирус СПИДа обладает выраженными нейротропными свойствами и может быть выделен непосредственно из мозговой ткани. По данным патоморфологичес-ких исследований, те или иные изменения тканей головного мозга обнаруживаются в 60—90% наблюдений.

Собственно патоморфологические изменения включают распространенную демиелинизацию, диссеминированные перивас-

кулярные изменения, реактивный глиоз, микроочаговые инфаркты мозга. Эти нарушения отмечаются практически во всех структурах мозга, что и обусловливает сходство клинической картины нейроСПИДа с другими нозологическими формами, в основе которых лежат близкие в патоморфологическом отношении поражения ткани мозга. Патоморфологические изменения мозга при СПИДе могут напоминать вирусные энцефалиты различной природы, нейросифилис, токсоплазмоз, дисссминироваыиые метастатические поражения, рассеянный склероз и др.

19.2.3. Дифференциальный диагноз

При постановке диагноза психических нарушении, связанных со СПИДом, прежде всего необходимо исключить лиц с так называемым псевдоСПИДом — страдающих спидофобией либо бредом заражения СПИДом. Таких больных, страдающих неврозом или психозом, становится все больше в связи с широким распространением средствами массовой информации материалов о СПИДе. В связи с этим в последнее время даже стали весьма распространенными такие термины, как псевдоСПИД, синдром псевдоСПИДа, СПИД-паника. Диажоз в отношении этих больных ставится на основании обычных психиатрических методов (естественно, при исключении серопозитивности).

При дифференциальной диагностике психических нарушений при СПИДе, сходных с шизофренической, инволюционной и другой симптоматикой, большое значение имеет самый подробный семейный и личный анамнез, так как не исключено, что СПИДом заболел человек, уже страдавший ранее, допустим, шизофренией. В таком случае на ранних стадиях СП ИДа, еще до резкого доминирования органической деменции, прежняя разнообразная психотическая симптоматика может выявляться. Впрочем, этот вопрос еще требует дальнейшего изучения.

Симптоматика органического поражения головного мозга при СПИДе требует дифференцирования с целым рядом органических заболеваний мозга иной этиологии: рассеянным склерозом, опухолью мозга, нейросифилисом, токсоплазмозом, болезнью Шильдера, менингитами и энцефалитами разнообразной этиологии и т.д. В таких случаях вопрос решается путем проведения соответствующих специальных анализов на СПИД.

То же самое необходимо проводить при психических нарушениях у лиц с серопозитивностью из группы риска («серая зона»).

Сложнее дело обстоит с группой риска без наличия серопозитивности («группа беспокойства»). В подобных случаях необходимо самое тщательное собирание личного и семейного анамнеза, изучение «жизненного стиля» лиц из сферы общения данного человека. Очень важно также установить временную связь между появлением той или иной психической симптоматики с психической

травмой, как-то связанной со СПИДом (заболевание или даже смерть кого-то из хорошо знакомых или близких людей), прочтением литературы, просмотром фильма с этой тематикой и тд

Необходимо выяснить также, не вызваны ли психические расст-роистЕ^а какой-то другой причиной, тематически со СПИДом не связанной, а уж затем — путем сложной психологической переработки — нашедшей улица из группы риска соответствующее «подтверждение»

19.2.4. Распространенность и прогноз

Распространенность психических расстройств при СПИДе в целом соответствует распространенности самого заболевания, так как, по данным большинства авторов, в том или ином виде они встречаются практически у всех больных

Ввиду нарастания числа заболевших СПИДом точные данные привести невозможно

По некоторым данным, в Центральной Африке и отдельных районах Карибского бассейна до 25% населения в возрасте от 20 до 40 лет являются серопозитивными по СПИДу

В настоящее время прогноз в отношении психических нарушении при СПИДе, как и заболевания в целом, малоутешителен

19.2.5. Лечение, реабилитация и профилактика

При лечении психических расстройств у больных СПИДом могут быть использованы психотропные средства, транквилизаторы, антидепрессанты трициклического ряда, но в небольших дозах ввиду повышенной чувствительности больных СПИДом к любым лекарственным средствам, а также к алкоголю Из-за возможности возникновения частых побочных явлений лечение нужно проводить крайне осторожно

Есть данные, что менее других препаратов токсичен тиоридазин

СПИД неизлечим, но может протекать хронически с состояниями некоторых ремиссий, поэтому необходима соответствующая психотерапевтическая и психокоррекционная работа не только с

больными, но и с людьми, их окружающими
Нарастание слабоумия не должно быть противопоказанием к проведению психотерапии (особенно поддерживающей), которая будет помогать больным справляться по мере возможности с рядом проблем, обусловленных интеллектуальными нарушениями
Следует также вовлекать в реабилитационную программу всех заболевших, независимо от стадии болезни и возможного ее исхода
Профилактические мероприятия должны быть организованы очень широко и на высоком уровне с привлечением всех видов и средств информации Воспитательная и психокоррекционная работа должна проводиться не только медицинскими работниками, психологами, социологами, педагогами, воспитателями, но и всем обществом в целом

Глава 20. ПСИХИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ СИФИЛИТИЧЕСКОМ ПОРАЖЕНИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА (СИФИЛИС МОЗГА И ПРОГРЕССИВНЫЙ ПАРАЛИЧ)

Сифилитическая инфекция, поражающая все органы и гкани, может распространяться и на головной мозг По характеру поражения тканей головного мозга, времени возникновения и особенностям психических нарушений выделяют два различных заболевания. 1) собственно сифилис мозга и 2) прогрессивный паралич1
Сифилис мозга обычно относят к ранним формам нейролюэ-са, а прогрессивный паралич — к поздним Это деление на ранние и поздние формы имеет в своей основе различные морфологические изменения в тканях головного мозга и не совпадает с общепринятым делением сифилиса на периоды При раннем неироси-филисе (собственно сифилис мозга) первично поражается ткань мезодермального происхождения (сосуды, оболочки), при позднем неиросифилисе (прогрессивный паралич) наряду с мезен-химными реакциями имеются обширные дистрофические (атро-фические) изменения самой паренхимы мозга Поэтому сифилис мозга называют еще мезодермальным, или менинговаскулярным, сифилисом, а прогрессивный паралич (как и сухотку спинною мозга) — эктодермальным, или паренхиматозным, сифилисом
Сифилис мозга и прогрессивный паралич являются прогреди-ентными заболеваниями и возникают чаще всего на основе нелеченого или недолеченого сифилиса Большую предрасполагающую роль в возникновении этих заболеваний (особенно профессивного паралича) ифают травмы головного мозга, хронические инфекции и интоксикации, из которых на первом месте стоит алкоголизм
Сифилис мозга возникает чаще всего через 5—7 лет после заражения, хотя возможны и более короткие (от нескольких месяцев до 2—4 лет) и более длительные (10 лет и более) сроки инкубационного периода Иными словами, сифилис мозга может возникать как во вторичном, так и в третичном (преимущественно) периоде течения заболевания
Инкубационный период прогрессивного паралича значительно длиннее (8—12 лет2 и более), но возможно и более раннее возникновение этого заболевания
Эти заболевания нередко объединяют под общим названием «неиролю-зс», включая в эту группу и сухотку спинного мозга
Описаны случаи прогрессивного паралича через "50 и 40 чет Такое позднее проявление неиролюэса дало основание некоторым авторам говорить о профессивном параличе (и сухотке спинного мозга) как о IV периоде сифли-са, однако единой точки зрения по этому поводу нет и далеко не все исследователи признают наличие IV периода

20.1. Сифилис мозга (Lues cerebri)

Под обобщающим названием «сифилис мозга» объединяются различные по своей клинической картине нервно-психические нарушения, связанные с сифилитическим поражением сосудов головного мозга, его оболочек или, что бывает значительно реже, возникновением гумм.
Нервно-психические расстройства могут быть вызваны также изменениями и самой ткани мозга, наступающими вторично вследствие проникновения патологического процесса с оболочек в вещество мозга (менингоэнцефалит), поражения мозга в связи с нарушением питания, разрастания гумм и т.д.
Почти в каждом случае заболевания в той или иной степени имеются поражения как церебральных сосудов и оболочек, так и вещества мозга, но преобладает обычно какой-то один тип нарушений. Сифилис мозга — прогредиентное заболевание и может привести к выраженному в той или иной степени дисмнестичес-кому (парциальному) слабоумию.

20.1.1. Клинические формы сифилиса мозга

Единой классификации форм сифилиса мозга нет. Это объясняется большим разнообразием

клинических проявлений мезо-дермального сифилиса, выраженным полиморфизмом неврологических и психических нарушений, нередким отсутствием четких границ между различными формами.
Наиболее часто выделяют следующие варианты сифилиса головного мозга.
Нервно-психические нарушения вследствие поражения оболочек мозга. При этой форме реакция со стороны оболочек мозга может проявляться как легким раздражением (явления менингизма), так и типичным менингитом, протекающим остро или хронически.
Острый сифилитический менингит развивается преимущественно во вторичном периоде, сопровождается общемозговыми явлениями (головные боли, головокружения, рвота), повышенной температурой тела, типичными менингеальными симптомами (симптом Кернига, ригидность затылочных мышц и т.д.). Характерно поражение черепных нервов. Нередко возникают эпи-лептиформные судороги и симптомы помрачения сознания по типу оглушения, спутанности или делирия. Однако значительно чаще, чем острый менингит, в оболочках мозга развивается хронический воспалительный процесс, нередко проникающий и в вещество мозга (хронический сифилитический менингит и менингоэнцефалит).
Помимо выраженной патологии черепных нервов (ввиду преимущественно базальной локализации процесса), у больных от-

мечаются головные боли, раздражительность, склонность к аффективным реакциям, нередко подавленное настроение.
Иногда менингит развивается по выпуклой (конвекситатной) поверхности мозга. При этой локализации патологического процесса наиболее яркими симптомами являются судорожные состояния и нарушения сознания. Больные либо оглушены и подавлены, либо находятся в состоянии спутанности и двигательного возбуждения. Судорожные приступы носят характер джексонов-ских или генерализованных припадков.
Неврологическая симптоматика при сифилитических менингитах может быть представлена не только менингеальными симптомами и разнообразной патологией черепных нервов (птоз, косоглазие, анизокория, нистагм, снижение слуха, поражение лицевого и тройничного нервов и т.д.), но и такими явлениями, как аграфия, апраксия, геми- и моноплегия.
Зрачковые симптомы (помимо анизокории и деформации зрачков) выражаются чаще всего в вялой реакции на свет и аккомодации. Типичный же симптом Аргайла Робертсона бывает не всегда.
Встречаются случаи и асимтомного сифилитического менингита, когда заболевание проявляется только характерными изменениями ликвора.
Анализ спинномозговой жидкости при сифилитических менингитах показывает характерные для сифилиса, но неоднотипные нарушения (см. главу 2).
Апоплектиформная форма сифилиса мозга. Эта форма встречается наиболее часто. Она развивается на основе специфического поражения церебральных сосудов. Клинически проявляется частыми инсультами с последующими очаговыми поражениями. Первое время очаговые поражения нестойки, обратимы, загем же становятся все более множественными, прочными и постоянными. Обширные неврологические расстройства могут быть представлены самыми разнообразными (в зависимости от локализации поражения) симптомами: параличами и парезами конечностей, поражением черепных нервов, апраксией, агнозией, псевдобульбарными явлениями и т.д. Почти постоянным признаком является ослабление зрачковой реакции на свет.
Помимо очаговой патологии, для этой формы очень характерны головные боли, головокружения и снижение памяти. Больные становятся раздражительными, придирчивыми, слабодушными, иногда гневливыми или подавленными. Отмечаются эпизоды помрачения сознания, главным образом по типу сумеречного.
По мере утяжеления неврологической симптоматики происходит все более отчетливое нарастание дисмнестического (очаго-

вого, частичного, лакунарного) слабоумия (см. главу 6). Возможен летальный исход во время инсульта.
Эпилептиформная форма сифилиса мозга. Клиническая картина этой формы внешне напоминает эпилепсию: появляются судорожные состояния, могут отмечаться периоды измененного сознания и настроения, снижается память. Развитие этой формы происходит на основе различных поражений: при менингитах и менингоэнцефалитах, при эндартериите мелких сосудов, образовании гумм. Поэтому возможны и самые разнообразные невроло-

гические симптомы.
Гуммозная форма сифилиса мозга. Эта форма встречается значительно реже других. Образуются единичные (солитарные) или множественные малые гуммы. В зависимости ог их локализации и величины выявляются различные неврологические расстройства. Обычно гуммы не достигают такой величины, чтобы вызвать сдавление, но иногда все же бывают симптомы, весьма напоминающие картину опухоли мозга: повышение внутричерепного давления, рвота, резкие головные боли, адинамия, реже — помрачение сознания, а со стороны глазного дна — застойные соски зрительных нервов. При гуммозной форме могут также возникать судорожные состояния.
Галлюцинаторно-параноидная форма. Эта форма характеризуется появлением обмана чувств и возникновением бредовых идей с превалированием то тех, то других. Галлюцинации чаще всего слуховые, но могут быть и зрительные, тактильные, висцеральные и т.д. Больные слышат оклики, иногда музыку, но чаще всего неприятные разговоры, угрозы, обвинения и брань по своему адресу. Зрительные галлюцинации также обычно неприятного и даже устрашающего характера: больной видит какие-то рожи, мохнатые руки, тянущиеся к его горлу, бегающих крыс.
Из бредовых идей чаще всего отмечается бред преследования, реже — иного характера (ипохондрический, величия, самообвинения и т.д.).
Бредовые идеи, как правило, просты, связаны с непосредственным окружением больного, лишены символичности Больные уверяют, что соседи «специально, чтобы извести включают во всю мощь приемник», что сестра «сделала не тот укол», что врачи «запустили его состояние» и т.д.
Неврологическая симптоматика, имеет преимущественно диффузный характер и выражена нерезко. Характерны анизоко-рия и вялая реакция зрачков на свет. Иногда встречаются асимметрия лица, небольшой птоз, отклонения языка в сторону и т.д.
Так называемая сифилитическая неврастения не может считаться отдельной формой, а является по сути сборным понятием.

Характерные (особенно в начальных стадиях заболевания) невро-зоподобные симптомы в виде повышенной раздражительности, плохого сна, утомляемости, тревожности и подавленности (иногда до выраженной депрессии) объясняют в основном двумя причинами: 1) реакцией человека на сам факт заболевания сифилисом; 2) общей интоксикацией организма и, в частности, головного мозга.
Врожденный сифилис (Lues congenita). С известной долей схематизма врожденный сифилис обычно делят на прогредиентный (сифилис-процесс) и непрогредиентиьш (так называемый дистрофический, или деструктивный, сифилис), когда патология вызвана повреждением зачатка или остаточными явлениями внутриутробного поражения.
Для врожденного сифилиса характерны менингиты, менин-гоэнцефалиты, сосудистые поражения. Возможно также развитие (острое или постепенное) гидроцефалии. При прогредиент-ном сифилисе могут встречаться іе же формы, что и у взрослых, но с рядом отличий, зависящих от особенностей возрастной реактивности детского организма в целом и центральной нервной системы в частности. Например, у детей весьма редко встречается галлюцинаторно-параноидная форма. Характерными клиническими проявлениями заболевания (помимо разнообразных неврологических нарушений) являются менингоэнцефалиты (подострые и острые), припадочные состояния (апоплекти-формные и особенно эпилептиформные приступы), олигофрении. Следует помнить, что столь нередкая при конгенитальном люэсе клиническая картина, как эпилепгиформный синдром, может быть выражением различных патологических процессов: а) проявлением собственно сифилиса мозга, его эпилептиформ-ной формой и б) проявлением качественно иного болезненного процесса — эпилепсии, ибо врожденный сифилис является одной из причин эпилептической болезни. Иногда последствием врожденного сифилиса могут быть пси-хопатоподобные состояния (без заметного снижения интеллекта или на фоне некоторой дебильности). Врожденный сифилис сопровождается рядом характерных соматических признаков (см. главу 34), знание которых важно для правильной диагностики.
20.1.1.1. Рубрификация психических расстройств в МКБ-10
В МКБ-10 психические расстройства, обусловленные сифилисом мозга и прогрессивным параличом, представлены в разделе «Органические, включая симптоматические психические расстройства» F 00 — F 09 и кодируются в соответствии с ведущим синдромом (деменция, амнестические, галлюцинаторные, бредовые, аффективные расстройства и нарушения поведения).

20.1.2. Этиология, патологическая анатомия и патогенез
Этиологическим фактором является бледная трепонема По характеру патологических изменении обычно выделяют следующие виды сифилитического поражения мозга
Менингиты и менингоэнцефалиты. Наиболее характерно поражение мягкой мозговой оболочки (лептоменингит), заключающееся в инфильтрации ее ткани лимфоцитами, плазматическими клетками и фибробластами Нередко патологический процесс из мягкой мозговой оболочки проникает по сосудам к соединительным перегородкам в вещество мозга, вызывая явления менингоэнцефа-лита Преимущественная локализация лептоменингита — основание мозга, и лишь иногда встречается воспаление мягкой оболочки выпуклой (конвекситатнои) поверхности больших полушарии
Эндартерииты. Наступает пролиферация интимы (разрастание эндотелия), инфильтрация клеточными элементами среднего и адвентициального слоев сосудистой стенки Указанные изменения в одних случаях могут привести к разрыву сосуда с последующим кровоизлиянием (инсульт), в других — к облитерации его просвета, нарушению питания соответствующих участков мозга и гибели нервной ткани Закупорка крупных церебральных сосудов приводит к образованию в мозге очагов размягчения
Изолированные гуммы. Гуммозные узлы возникают в результате разрастания грануляционной ткани вокруг облитерированных сосудов в веществе мозга и мягкой мозговой оболочке Бывают единичными и множественными и в зависимости от величины могут более или менее глубоко проникать в ткань мозга Особенно глубоко проникают в мозг солитарные гуммы, так как они иногда достигают размера грецкого ореха и даже более Клиническая картина при этом нередко сходна с клиникой опухолей мозга
Несмотря на выраженные патологоанатомические данные, патогенез сифилиса мозга нельзя связывать только лишь с локальными повреждениями Патогенетические механизмы зависят и от токсических воздействий, и от изменения реактивности организма (в частности, характерных для третичного периода явлений неспе-цифическои аллергии), и от расстройств обмена веществ (общих и местных), таких, например, как обнаруженное гистохимическими методами исследования изменение углеводного обмена в мозге
20.1.3. Диагноз и дифференциальный диагноз, течение и прогноз
Дифференциальный диагноз ставится на основе комплексного обследования больного, куда обязательно должны входить 1) тщательное собирание анамнеза При этом следует помнить, что иногда больные могут не знать о факте заражения сифилисом (так называемый неведомый сифилис — lues ignorata) Тем более важно собира-

ние косвенных сведений (наличие поздних выкидышей у больной или жены больного, рождение детей с признаками врожденного сифилиса и т д), 2) подробное соматическое и неврологическое обследование (возможное обнаружение явлении висцерального сифилиса, участков лейкодермы, характерная неврологическая симптоматика в виде симптома Аргаила Робертсона, анизокории, деформации зрачков и др), 3) тщательное изучение психического состояния (например, доступность больного, отсутствие при галлюцинаторно-бредовом синдроме характерных для шизофрении нарушении мышления, явлении аутизма и тд), 4) обязательное исследование крови и детальный анализ спинномозговой жидкости
Только такое комплексное обследование позволит дифференцировать сифилис мозга в различных его проявлениях и сходные по клинической картине заболевания сифилитический менингит и менингиты иной этиологии, эпилептиформ-ную форму и эпилептическую болезнь, апоплектиформную форму и сосудистые страдания мозга, гуммозную форму и другие объемные образования, галлюцинаторно-параноидную форму и шизофрению и тд
В исключительных случаях для подтверждения диагноза приходится прибегать к так называемой пробной терапии (therapia ex juvantibus)
Течение и прогноз зависят от времени и объема специфической терапии
20.1.4. Профилактика и лечение
Профилактика сифилиса мозга заключается в общем снижении заболеваемости сифилисом и активном его лечении
Лечение сифилиса мозга необходимо начинать как можно раньше Терапия производится специфическими противосифи-литическими препаратами по общепринятым в нашей стране схемам, комплексным методом Применяются антибиотики (пени-циллины, эритромицин), препараты висмута и иода (биохинол, бисмоверол, йодистый калий, йодистый натрий)
Помимо специального лечения, показано и общеукрепляющее, особенно витаминотерапия

Специфическое лечение необходимо проводить под постоянным контролем за соматическим состоянием больного с динамическим проведением анализов крови, мочи и ликвора

20.1.5. Экспертиза

Трудовая экспертиза В зависимости от тяжести клинической картины больной может перейти на инвалидность III, II и даже I группы (например, при тяжело протекающей апоплектиформной форме) Вместе с тем при своевременно проведенном лечении больной может вернуться к своей прежней работе

Судебно-психиатрическая экспертиза. Сам по себе диагноз этой болезни еще ничего не решает. В связи с особенностями клинической картины больные сифилисом мозга MoiyT признаваться как вменяемыми, так и невменяемыми (например, если преступление совершено при наличии выраженного слабоумия или по бредовым мотивам).

20.2. Прогрессивный паралич (Paralysis progressive alienorum)

Синонимы, прогрессивный паралич помешанных; болезнь Бейля, прогрессирующая паралитическая деменция (Беиарже); общий прогрессивный паралич.

Психическое заболевание, характеризующееся нарастанием разнообразных параличей и тяжелого слабоумия, возникает на основе первичного поражения самого вещества головною мозга, хотя страдает при этом и ткань мезодермального происхождения (сосуды и оболочки). Как самостоятельное заболевание прогрессивный паралич впервые был описан французским психиатром А.Беилем в 1822 г. В дальнейшем неоднократно предполагалась сифилитическая природа болезни (Ковалевский П.И , Фурнье Ж.Л. и др), но окончательно это стало известно только после исследовании японского ученого Ногучи, обнаружившего в мозге больных прогрессивным параличом бледную спирохету и сообщившего об этом в 1913 г.

Заболевают прогрессивным параличом преимущественно в возрасте 35—50 лет, причем чаще мужчины, чем женщины. Однако за последнее время разница в частоте заболеваемости полов значительно сократилась, если прежде на каждых 7—8 мужчин приходилась одна женщина, то в настоящее время эти отношения составляют 2—4:1. Прежде очень частое заболевание (20—25% общего числа стационированных больных) прогрессивный паралич в настоящее время встречается весьма редко.

Классическая картина прогрессивного паралича включает в себя три стадии. 1) начальную, 2) расцвета болезни и 3) заключительную (стадия маразма). Для каждой из этих стадии характерны определенные психические, неврологические и соматические нарушения, становящиеся все более выраженными и тяжелыми.

В настоящее время прогрессивный паралич не только стал встречаться редко, но изменил и свою клиническую картину Сейчас практически почти не встречаются больные в состоянии паралитического маразма (в III стадии) Заметно изменилась клиника прогрессивного паралича за счет резкого превалирования над всеми другими дементной формы. В связи с активным лечением прогрессивный паралич уже не считается, как раньше, заболеванием с обязательным исходом в тяжелое слабоумие.

20.2.1. Клинические стадии и формы прогрессивного паралича

Психические нарушения. В течении болезни выделяют три стадии. Начальная («неврастеническая») стадия прогрессивного паралича характеризуется появлением неврозоподобной симптоматики в виде все нарастающих головных болей, повышенной утомляемости, раздражительности, плохого сна, снижения работоспособности К этой симптоматике довольно скоро присоединяются нарушения, которые на первых порах можно охарактеризовать как утрату прежних этических навыков. Больные становятся развязными, грубыми, неряшливыми и нетактичными, обнаруживают несвойственный им ранее цинизм и легкое отношение к своим обязанностям Затем эти личностные изменения делаются все более брутальными и бросающимися в глаза — наступает период расцвета болезни (IIстадия). Выявляются все нарастающие расстройства памяти и слабость суждении, больные уже не могут с полной критикой оценивать свое состояние и окружающую обстановку, неправильно ведут себя. Нередко обнаруживают грубую сексуальную распущенность, полностью утрачивают чувство стыда.

Больной, после долгой разлуки приехавший в семью брага, решил помыться с дороги Забыв взять чистое белье, он вылеі wi ванны и, не стесняясь присутствия жены брата и двух взрослых племянниц, совершенно раздетым стал спокойно расхаживать по квартире, отыскивая нужные ему вещи

Нередко возникает склонность к пустым тратам, больные занимают деньги и покупают

совершенно случайные вещи. Больной накупил в подарок своим родственникам целых два чемодана никому не нужной мелкой галантереи Другая больная, по профессии проводница, часто занимая деньги, покупала на них разнообразные хрустальные вазы Типично появление болтливости и хвастливости. Резко меняется и эмоциональность больных. Появляется выраженная лабильность эмоции, у больных легко возникают вспышки раздражения вплоть до выраженной гневливости, но эти злобные вспышки обычно непрочны и больного (в отличие от больных эпилепсией) довольно быстро можно отвлечь на что-то постороннее Также легко эти больные переходят от слез к смеху и наоборот. Преобладающей окраской настроения может быть довольно рано появляющаяся эйфория В некоторых случаях, наоборот, возникает выраженное депрессивное состояние с возможными суицидальными тенденциями Возможно также возникновение бредовых идей, особенно бреда величия и одной из его разновидностей — бреда богатства.

Быстрое нарастание слабоумия накладывает явный отпечаток и на бредовое творчество больных Паралитический бред обычно отличается нелепостью и грандиозными размерами Один больной уверяет, что все книги на земле написал именно он, но толь-

ко под разными псевдонимами. Другой заявляет, что может вылечить любую болезнь, в том числе рак, соком кислой капусты, и при этом выкрикивает в форточку «приказы всему миру». Третий предлагает нелепый проект разведения рыбы в городских условиях, «чтобы хватило всему населению Земли».

При бреде богатства больной приглашает каждого к себе в гости, так как у него «200 комнат и каждая в стиле разных эпох и народов», обещает всем студентам подарить по золотой шубе, а студенткам еще и по паре золотых туфель в придачу, обещает «обсыпать алмазами». Реже появляются идеи преследования, ипохондрический бред и т.д., обычно также нелепого содержа-ния. Изредка встречаются галлюцинации, главным образом слуховые.

С течением времени все более заметным становится снижение интеллекта. Резко нарушается память, иногда появляется корса-ковский синдром. Все более явно обнаруживаются слабость суждении и потеря критики. Слабоумие при прогрессивном параличе в отличие от сифилиса мозга носит диффузный, общий характер.

Для /// (маразматической) стадии заболевания (до которой, как уже указывалось, болезненный процесс сейчас обычно не доходит) самым характерным было глубокое слабоумие, полный психический маразм (наряду с маразмом физическим).

Неврологические нарушения. Характерным и одним из первых неврологических признаков является симптом Аргайла Робертсо-на — отсутствие зрачковой реакции на свет при сохранении ее на конвергенцию и аккомодацию. Характерны и другие зрачковые нарушения: резкое сужение их величины (миоз), иногда до размеров булавочной головки, возможна анизокория или деформация зрачков. Нередко при прогрессивном параличе наблюдаются также асимметрия носогубных складок, птоз, маскообразное лицо, отклонение языка в сторону, отдельные фибриллярные подергивания мышц языка и круговых мышц рта (так называемые зарницы). Очень типична довольно рано появляющаяся дизартрия. Помимо невнятности и нечеткости речи, больные при произношении могут пропускать отдельные слова или, наоборот, застревать на каком-либо слоге, по многу раз повторяя его (логоклония). В некоторых случаях отмечаются отчетливое разделение слогов, паузы между ними (скандированная речь). Нередко речь становится гнусавой (ринолалия).

К ранним проявлениям относятся также характерные изменения почерка (он становится неровным, дрожащим) и нарушения координации тонких движений. С течением болезни в письме больных появляются все более грубые ошибки в виде пропусков или перестановок слогов, замены одних букв другими, повторения одних и тех же слогов и т.д.

Все более грубыми могут становиться и нарушения координации. Довольно часто отмечаются изменения сухожильных рефлексов (анизорефлексия, повышение, снижение или даже полное отсутствие коленных и ахилловых рефлексов), а также более или менее выраженное снижение чувствительности. Возможно появление патологических рефлексов.

Нередки нарушения иннервации тазовых органов. Наиболее грубая неврологическая симптоматика характерна для III (последней) стадии болезни. Преимущественно в этой стадии наблюдаются апоплектиформные припадки, оставляющие за собой вначале алаживающиеся, а затем все более стойкие очаговые нарушения в виде парезов и параличей конечностей, явлений афазии, апраксии и т.д.

Нередкой патологией при прогрессивном параличе являются эпилептиформные припадки, в III

стадии болезни обычно возникающие сериями или в виде статусов с возможным летальным исходом.
Соматические нарушения. Довольно часто отмечается сочетание прогрессивного паралича с сифилитическим мезаортитом. Могут также отмечаться специфические поражения печени, легких, иногда кожи и слизистых оболочек. Очень характерны общие нарушения обмена. Возможны трофические нарушения кожи вплоть до образования язв, повышенная ломкость костей, выпадение волос, возникновение отеков. При хорошем и даже повышенном аппетите может быть резко прогрессирующее истощение. Понижается сопротивляемость организма, у больных с прогрессивным параличом легко возникают интеркуррентные заболевания и, в частности, гнойные процессы.
Серологические изменения. Как правило, реакции Вассермана, РИТ и РИФ и др. (см. главу 2) в спинномозговой жидкости резко положительные Отмечаются плеоцитоз, увеличение количества белка, изменение соотношения белковых фракций с увеличением количества глобулинов, в частности гамма-глобулина. Очень показательна реакция Ланге, дающая полное обесцвечивание пурпурно-красного коллоидного золота в первых 3—4 пробирках, а затем постепенное изменение цвета от бледно-голубого до обычного.
Экспансивная (классическая, маниакальная) форма была описана одной из первых не только благодаря своей яркой клинической картине, но и большому распространению. Сейчас эта форма, особенно в чистом виде, встречается довольно редко. Характеризуется появлением маниакального состояния и нелепых идей величия. На фоне благодушно-эйфорического настроения иногда могут внезапно возникать вспышки гнева, но раздражение это обычно кратковременное, и больной вскоре вновь становится эй-форичным и благодушным.

Депрессивная форма по своей клинической картине является противоположностью экспансивной. Больные вялы, подавлены, бездеятельны, нередко высказывают бредовые идеи самообвинения или ипохондрический бред, обычно также нелепого характера.
Дементная форма в настоящее время встречается чаше всего (до 70% всех случаев). На первый план выступает яркая картина общего (тотального) слабоумия. В настроении преобладает либо благодушие, либо вялость, безразличие ко всему окружающему.
Ажитированная форма характеризуется резким психомоторным возбуждением, нередко на фоне спутанного сознания.
Припадочная форма. В клинике прогрессивного паралича с самого начала преобладают припадки паралитического инсульта и эпилептиформные судорожные состояния. При преобладании судорожных припадков иногда говорят об эпилептиформной форме прогрессивного паралича.
Циркулярная форма выражается в чередовании маниакального и депрессивного состояний.
Параноидная форма характеризуется появлением бредовых идей преследования, иногда в сочетании с галлюцинациями.
Атипичные формы. К ним чаще всего относят табопаралич (сочетание клинической картины прогрессивного паралича с табети-ческими явлениями в виде полного исчезновения коленных и ахилловых рефлексов, нарушения чувствительности, в особенности болевой, и т.д.) и паралич Лиссауэра (преобладание очаговой симптоматики — апраксии, агнозии и т.д.— в связи с атипичной локализацией процесса преимущественно в задних отделах головного мозга).
20.2.1.1. Прогрессивный паралич в детском и юношеском возрасте
В исключительных случаях встречается прогрессивный паралич юношеского возраста на основе заражения сифилисом в раннем детстве.
Обычно же, когда говорят о детском или юношеском (юве-нильном) прогрессивном параличе, то имеют в виду заболевание, развившееся на почве врожденного сифилиса.
Прогрессивный паралич на основе врожденного сифилиса может начаться уже в 6—7 лет, но чаше болезнь дебютирует в возрасте 12—15 лет или несколько позже. Ювенильный прогрессивный паралич имеет ряд особенностей: здесь обычно отсутствует так называемая неврастеническая стадия, болезнь часто начинается остро, с эпилептиформных припадков, не бывает бредовых идеи и спонтанных ремиссий, очень быстро нарастает общее слабоумие с особенно тяжелыми нарушениями речи вплоть до полной ее утраты, когда больные могут издавать лишь отдельные звуки. Возможно и постепенное начало заболевания. Клиника ювенильного паралича обычно соответствует дементной форме: больные становятся апатичны-

ми и бездеятельными, очень быстро теряют прежние знания и интересы, обнаруживают все более нарастающие расстройства памяти.

Иногда болезнь может начаться как бы среди полного здоровья, но чаще на фоне той или иной патологии: недоразвития внутренних органов, задержки общего физического развития, адипо-зогенитальной дистрофии и т.д. Могут отмечаться явления задержки психического развития. При ювенильном прогрессивном параличе гораздо чаще, чем у взрослых, встречаются мозжечковые симптомы, симптомы атрофии зрительных нервов, полная арефлексия зрачков

20.2.2. Этиология, патогенез и патологическая анатомия

Этиологическим фактором является бледная трепонема Сифилитическая этиология прогрессивного паралича доказана клинически и лабораторно. Японский исследователь Ногучи обнаружил бледные спирохеты в мозге больных прогрессивным параличом.

Патогенез прогрессивного паралича остается невыясненным. Заболевают только 5—10% лиц, страдающих сифилисом. Существуют различные предположения о роли наследственной предрасположенности, влиянии дополнительных вредных факторов, существовании особых неиротропных штаммов спирохет. Патогенез во многом определяется сложными изменениями реактивности организма. Весьма важную роль играет отсутствие или недостаточность лечения.

Прогрессивный паралич характеризуется следующими основными изменениями в мозге: а) дегенерацией и атрофией нервной ткани (клеток и волокон); б) воспалительными изменениями в оболочках и сосудах головного мозга; в) пролиферативнои реакцией со стороны глии.

Не все эти процессы начинаются одновременно: в I стадии болезни отмечаются воспалительные явления (диффузный лепто-менингоэнцефалит), на более поздних этапах появляются дистро-фические нарушения.

20.2.3. Течение и прогноз

Нелеченый прогрессивный паралич через 2—5 лет приводит к полному маразму и летальному исходу.

Особенно быстро явления общего маразма нарастают при так называемом галопирующем параличе, характеризующемся катастрофическим течением болезни. Чаще всего это бывает при ажитирован-ной форме. Очень неблагоприятно протекает и припадочная форма.

Изредка встречается медленное, более или менее благоприятное течение. В этих случаях говорят о так называемом стационарном параличе (вне лечения встречается редко).

Прогноз (как в отношении жизни, так и дальнейшего течения болезни и выздоровления) определяется, как правило, результатами лечения, которое необходимо начинать как можно раньше.

20.2.4. Профилактика и лечение

Для профиюктики прогрессивного паралича основное значение имеет общее снижение заболеваемости сифилисом и раннее активное лечение его под строгим серологическим контро-лем Очень важно устранение дополнительных вредных факторов, снижающих сопротивляемость организма (в частности, различных интоксикации, особенно алкоголизма)

Лечение прогрессивного паралича заключается в применении комбинированной специфической терапии антибиотики (пени-циллины эритромицин) и препараты висмута и йода (бийохинол, бисмоверол, иодид калия, йодид натрия) назначают повторными курсами с добавлением пиротерапии Лечение гипертермическими методами чаще всего проводится с применением пирогенала

В истории лечения больных прогрессивным параличом большое значение имела пиротерапия путем прививки малярии До этого подоб ные больные были практически неизлечимы и, как правило погибали Маляриотерапия прогрессивного паралича (наряду со специфической) получила широкое распространение после исследований венгерского психиатра Вагнера фон Яурегга в 1917 г В настоящее время она практи чески не применяется1

В течение пиротерапии необходим тщательный контроль за соматическим состоянием больных, особенно за деятельностью сердца, и во избежание сердечной слабости при каждом подъеме температуры тела назначать сердечные средства, лучше всего кордиамин

20.2.5. Экспертиза

Трудовая экспертиза В состоянии стойкой ремиссии больные могут вернуться к своей прежней деятельности, однако значительно чаще их приходится переводить на инвалидность III, II и I группы По данным специального исследования (Гор-доваТН), перевод больных на инвалидность должен осуществляться только после проведения всех терапевтических меропри-ятий и при отсутствии заметного эффекта от них

В улучшении компенсаторных возможностей больных очень большая роль принадлежит мероприятиям по социальной реадаптации (постоянное диспансерное наблюдение, помощь в ра-боте, правильное отношение к больному в семье)

Судебная экспертиза Если преступление совершено больным при нелеченой болезни, то испытуемый признается невменяемым В случаях правонарушения, совершенного после лечения, вопрос о вменяемости или невменяемости решается в зависимости от характера лечебной ремиссии

Лечебное действие малярии на сифилис было известно и народной меди цине Так имеются сведения (Грин Л) что среди части населения Африки был распространен обычаи посьпать заболевших сифилисом в малярийные болота

Глава 21. ПСИХИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Сосудистые заболевания головного мозга со свойственными им разнообразными нервно-психическими нарушениями являются обычно одним из проявлений общих сосудистых заболеваний, из которых наиболее распространены атеросклероз, гипертоническая болезнь (или их сочетание), гипотоническая болезнь Значительно реже встречаются психические расстройства в связи с облитерирующим (церебральным) тромбангиитом

Психические нарушения сосудистого происхождения весьма неоднородны как по клинической картине, так и по типу течения Обычно выделяют следующие группы расстройств I) нарушения гак называемого непсихотического уровня в виде астенической, неврозоподобнои (неврастеноподобнои, астеноипохондрическои астенодепрессивнои) дисфорическои и другой симптоматики и личностных изменении Эти расстройства обычно являются начальными проявлениями сосудистого заболевания, развиваются с нарастающей интенсивностью или протекают волнообразно, 2) сосудистые психозы, имеющие клиническую картину различных вариантов помрачения сознания, галлюцинаторных, галлюцина-юрно-параноидных, параноидных, аффективных и смешанных расстройств Возникают остро, подостро, длительность их также различна (могут иметь эпизодический, более или менее длительный или затяжной характер течения), 3) сосудистая деменция Характер и выраженность психических расстройств обычно связаны со стадией основного сосудистого заболевания, однако иногда такой прямой зависимости не отмечается длительно протекающее сосудистое заболевание может не сопровождаться заметными психическими расстройствами либо проявляться незначительной неврозоподобнои или психопатоподобной симптоматикой

21.1. Психические нарушения при атеросклерозе мозговых артерий

Атеросклероз — самостоятельное общее заболевание с хроническим течением, возникающее чаще у пожилых людей, хотя возможно его появление и в довольно молодом возрасте Церебральный атеросклероз сопровождается рядом нервно-психических изменений и при неблагоприятном течении может привести к выраженному слабоумию или даже смерти

21.1.1. Клинические проявления

Клиническая картина церебрального атеросклероза различна в зависимости от периода заболевания, выраженности его, харак-

тера течения и т.д. Довольно часто заболевание дебютирует невро-зоподобной симптоматикой в виде раздражительности, повышенной утомляемости, снижения работоспособности, особенно умственной. Больные становятся рассеянными, с трудом концентрируют внимание, быстро устают. Характерной особенностью начального перебросклероза является также усиление, как бы своеобразное шаржирование прежних черт личности: люди, ранее недоверчивые, становятся откровенно подозрительными, беспечные — еще более легкомысленными, экономные — очень скупыми, склонные к беспокойству — выражено тревожными, недоброжелательные — откровенно злобными и т.д. Иными словами, то, что К.Шнейдер образно назвал «карикатурным искажением личности». По мере развития заболевания все более отчетливо выявляются нарушения памяти и снижение работоспособности.

Больные забывают, что им нужно сделать, не помнят, куда они положили ту или иную вещь, с большим трудом запоминают новое. Особенно слабеет память на текущие события (прошлое больные могут помнить довольно хорошо), имена и даты (нарушение хронологической ориентации). Это заставляет больных, обычно критически оценивающих свое состояние, все чаще прибегать к записной книжке. В некоторых случаях дело может дойти до возникновения типичного синдрома Корсакова. По мере прогрессирования болезни меняется и мышление больных: оно теряет прежнюю гибкость и подвижность. Появляются чрезмерная обстоятельность, заострение на каких-то деталях, многословие, больные со все большим трудом выделяют главное, переключаются с одной темы на другую (наступает тугоподвижность, или, как это иначе образно называют, окостенение мышления). Очень характерной чертой церебрального атеросклероза является возникновение выраженной эмоциональной лабильности

— так называемого слабодушия.
Больные становятся слезливыми, легко умиляются, не могут без слез слушать музыку, смотреть фильм, плачут при малейшем огорчении или радости, легко переходят от слез к улыбке и наоборот. Именно эта чрезвычайная эмоциональная лабильность страдающих церебральным атеросклерозом породила известное выражение «на чувстве этих больных можно играть, как на клавишах». Типична также склонность к реакциям раздражения, постепенно усиливающимся вплоть до резких гневливых вспышек по самым незначительным поводам. Больные делаются все более трудными в общении с окружающими, у них развиваются эгоизм, нетерпеливость и требовательность; появляется чрезвычайная обидчивость. Выраженность нарушений мышления и памяти, эмоциональная несдержанность и особенности поведения говорят уже о наступлении так называемой атеросклеротической деменции, от-

носящейся к разновидности лакунарного (парциального, дисмне-стического) слабоумия.
Церебральный атеросклероз может быть одной из причин эпилепсии, возникающей в пожилом возраст. В ряде случаев появляется депрессия, нередко с повышенной мнительностью в отношении своего здоровья, а порой и с массой ипохондрических жалоб. Реже встречается эйфория. Иногда остро возникают (чаще ночью) состояния измененного сознания с бредом и галлюцинациями (зрительными и слуховыми), длящиеся обычно несколько часов, реже — дней. Могут возникать и длительные галлюцинации, преимущественно слуховые. Значительно чаще у больных с атеросклерозом мозговых сосудов отмечаются хронические бредовые состояния. Обычно это бред ревности, отношения, преследования, ипохондрический, сутяжный, но могут встречаться и бредовые идеи иного характера (бред изобретательства, любовный и т.д.). Нередко бред, возникший у больных с атеросклерозом, носит паранойяльный характер.
Характерным симптомом выраженного атеросклероза является инсульт. Происходит внезапное глубокое помрачение сознания, чаще всего кома. Могут быть состояния помрачения сознания в виде сопора или оглушения. Если поражение захватило жизненно важные центры, быстро наступает летальный исход. В иных случаях динамика состояния больного следующая: кома, длящаяся чаще всего от нескольких часов до нескольких дней, сменяется сопором, и лишь постепенно происходит прояснение сознания. В этом периоде постепенного выхода из коматозного состояния у больных наряду с дезориентировкой и спутанностью могут быть речевое и двигательное возбуждение, беспокойство, тревоги, страхи. Возможны и судорожные состояния. Последствиями инсультов бывают не только характерные неврологические нарушения (параличи, афазии, апраксии и т.д.), но часто и выраженные психические нарушения в виде так называемого постапоплексического слабоумия, носящего обычно также лакунар-ный характер.
Инсульты не всегда возникают внезапно, в ряде случаев им предшествуют продромальные явления (предынсультные состояния). Предвестники выражаются в виде головокружений, приливов крови к голове, шума в ушах, потемнения или мелькания мушек перед глазами, парестезии на той или иной половине туловища. Иногда появляются парезы, расстройства речи, зрения или слуха, сердцебиение. Предынсультные состояния не обязательно должны кончаться типичным инсультом, порой дело ограничивается лишь этими преходящими нарушениями.
Инсульты могут возникать как внезапно, так и в связи с различными провоциру-

ющими факторами состояния психического напряжения (гнев, страх, тревога), половыми и алкогольными эксцессами, переполнением желудка, запорами и тд
Больной 65 лет, в прошлом — преподаватель географии Отец больного страдал атеросклерозом, умер в 63 года после инсульта, мать скончалась от пневмонии в 60 лет Больной, кроме детских инфекции и простудных заболеваний, ничем в прошлом не болел Артериальное давление всегда было в пределах нормы Алкоголем не злоупотреблял, но с юности много курил По характеру был спокойным, трудолюбивым, несколько педантичным Помимо преподавательской работы, много времени уделял написанию книг научно популярного характера, работал до позднего вечера, не отдыхал Последние 12 лет стал ограничивать свою деятельность только препо даванием, так как появилась повышенная утомляемость, особенно во второй половине дня «Становился как выжатый лимон» Стал плохо спать, с утра испытывал головные боли, «голова как свинцом налита» Затем стал быстро уставать и от школьных уроков, проводил их вяло, иногда «вдруг забывал» какое-то географическое название и, «чтобы ученики не заметили, пытался как-то выкрутиться» шутил над собой или незаметно переводил разговор на другую тему Стало все труднее запоминать новый материал, к урокам начал все записывать, делал это все более тщательно и вообще становился все более педантичным Появилась несвойственная

ему ранее раздражительность, с трудом переносил разговоры учеников на уроках, однажды внезапно «дико» накричал на одного из учеников, устыдился своего поступка, со слезами на глазах стал просить прощения Дома также возникали внезапные вспышки раздражения, потом раскаивался, плакал, но быстро успокаивался, особенно если близкие начинали утешать его Оставил работу, был переведен на инвалидность Прежде внимательный и заботливый к окружающим, стал более черствым, эгоистичным и обидчивым По многу раз говорил об одном и том же, сердился и расстраивался, когда его не слушали Отмечал все большие расстройства памяти на текущие события, путал дни недели и даты Прошлое помнил довольно хорошо Затем, выходя из дома погулять, стал забывать обратную дорогу, входил в чужие подъезды Однажды ушел далеко от дома, растерянно бродил по улицам, плакал Был доставлен в милицию и после консультации вызванного психиатра направлен в психиатрическую клинику, где долго не мог запомнить имени лечащего врача, а наконец запомнив, называл им всех женщин из числа персонала Не помнил текущих дат, ближайших событий, но часто вспоминал давние, уверял что это было только что В частности, сообщал, что вчера был в издательстве, где выходит его очередная книга, на прошлой недепе ходил со своими учениками в горы, сегодня утром проверял экзаменационные билеты Настроение неустойчивое привеишвоыь и благодушие внезапно сменяются вспышками гнева или плачем, особенно при воспоминании о каких-то старых, даже несуществующих обидах В то же время следует прежним морально-этическим правилам при приближении к нему любой женщины — служащей больницы встает, извиняется, что плохо выбрит, просит разрешения полежать в ее присутствии Артериальное давление постоянно в пределах возрастной нормы

Диагноз церебральный атеросклероз, дисмнестическое (лакунарное, парциальное) слабоумие, корсаковский синдром

Неврологические и соматические нарушения. Больные атеросклерозом часто испытывают головокружения, головные боли, шум в ушах (в виде гудков, свистков, шипения, постукивания и тд), нередко синхронный с пульсом Характерны также, жалобы на расстройства сна (заснув с вечера, больные обычно довольно скоро просыпаются и заснуть уже не могут, может быть также извращение ритма сна) При неврологическом обследовании часто обнаруживаются уменьшение величины зрачков и вялая их реакция на свет, тремор пальцев рук, нарушение координации тонких движении, повышение сухожильных рефлексов По мере утяжеления заболевания, неврологические нарушения становятся все более выраженными, особенно после инсультов, когда уже появляется грубая органическая симптоматика (паралич, афазия, апраксия и тд)

Из соматических нарушений обнаруживаются склеротические изменения периферических сосудов и внутренних органов (особенно сердца, аорты и почек), могут отмечаться повышение артериального давления, тахикардия, иногда периодически возникающее чеин-стоксово дыхание (при атеросклерозе артерий, питающих продолговатый мозг) Как на один из ранних симптомов церебрального атеросклероза указывают на парестезии, и в частности глоссалгию — длительные болевые ощущения в языке, обычно в виде чувства жжения Характерен и внешний вид больных человек выглядит старше своего возраста, кожа его желтеет, становится дряблой и морщинистой, отчетливо обозначаются плотные и извитые подкожные сосуды, особенно на висках

2.1.1.1.1. Рубрификация психических расстройств в МКБ-10

В МКБ-Ю эти расстройства отнесены в раздел «Органические, включая симптоматические, психические расстройства» F 00 — F 09 и кодируются в соответствии с ведущим синдромом (деменции, делирий, амнестические, аффективные и другие расстройства)

21.1.2. Этиология, патологическая анатомия и патогенез

Этиология и патогенез атеросклероза полностью пока еще не выяснены Определенное значение имеет нарушение липидного обмена (главным образом холестеринового), приводящее к отложению липидов во внутренней оболочке артерий с последующим реактивным разрастанием соединительной ткани Вследствие поражения сосудистой стенки происходят различной тяжести расстройства мозгового кровообращения, вызывающие те или иные поражения нервной ткани Для объяснения механизма поражения сосудов был предложен ряд теории, в частности так называемая инфильтрационная теория, согласно которой ведущая роль в развитии сосудистых из-

менений при атеросклерозе принадлежит инфильтрации стенок артерий липидами, циркулирующими в крови.

Однако в последние годы стали появляться исследования, свидетельствующие о том, что липиднои инфильтрации часто предшествуют первичные изменения физико-химического состояния сосудистой стенки (накопление в интиме мукополисахари-дов, жирных кислот, не экстрагируемого коллагена, частичная гипоксия тканей сосудистой стенки, изменения ее проницаемости и проникновение белков плазмы в толщину интимы)
В возникновении психических нарушении несомненное значение имеют такие факторы, как гипоксия мозга или разрушение и гибель участков нервной ткани вследствие ишемии либо кровоизлияния в мозг. Дополнительными вредными факторами, влияющими как на основное заболевание, так и на возникновение и тяжесть психических нарушении, могут быть конституционально-генетические особенности, различные интоксикации, инфекции, общесоматические заболевания, эндокринные сдвиги, общие нарушения обменных процессов, особенности питания и образа жизни, в том числе длительный и тяжелый, без необходимого отдыха интеллектуальный или физический труд.
21.1.3. Диагноз, течение и прогноз
Диагностика основывается на выявлении описанных выше нарушений, характере их возникновения и динамики у больных с соматоневрологическими признаками атеросклероза. Подтверждением сосудистого генеза выявленных психических нарушений является обнаружение начальной психоорганической симптоматики: мнестических и аффективных нарушений, заострения личностных особенностей.
Течение часто имеет волнообразный характер, особенно в первые годы заболевания. Тяжесть прогноза определяется не только степенью поражения сосудов, но и локализацией процесса.
21.1.4. Профилактика и лечение
Для профилактики атеросклероза, помимо правильного пищевого режима (ограничение пищи, богатой холестерином и жиром) и исключения таких интоксикации, как алкоголизм и курение, имеют очень большое значение правильная организация труда и отдыха, систематические посильные физические упражнения и особенно предупреждение перенапряжения центральной нервной системы.
Лечение атеросклероза (патогенетическое и симптоматическое) должно проводиться со строгим учетом всех особенностей клинической картины, быть комплексным и длительным, направленным как на нормализацию липидного обмена и цереб-

ральнои гемодинамики, так и на активизацию метаболизма сосудистой стенки и нервных клеток.
При начальных проявлениях болезни показаны витаминотерапия, особенно витамины С и РР, а также поливитаминные препараты (аевит, ундевит, декамевит и т.д.)- Назначают также лечение препаратами иода: кальцииодином, 0,3% раствором иодида калия (по одной столовой ложке 3 раза вдень) или 5% раствором йодной настойки (начиная с 2—3 капель по 2 раза в день, постепенно прибавляя по 1—2 капли вдень, довести до 15-20 капель 2 раза в день) Принимать в молоке после еды Рекомендуются и пищевые продукты, содержащие йод, например морская капуста, особенно показанная при склонности к запорам. При лечении препаратами иода не следует забывать о возможных явлениях ио-дизма. Применяются линетол и близкий ему по действию арахи-ден, клофибрат (мисклерон), полиспонин, метионин.
На всех стадиях атеросклероза, в том числе и в инициальном периоде, показаны ноотропы (от греч noos — разум, мышление и tro-pos — поворот, направление) в связи с их способностью улучшать биоэнергетический метаболизм нервных клегок и активизировать тем самым интегративные механизмы мозга. Это в первую очередь ами-налон (гаммалон), пирацетам (ноотропил), пиридитол (энцефабол).
Улучшают мозговое кровообращение циннаризин (стугерон), кавинтон, винкапан, девинкан, пентоксифиллин (трентал).
В последние годы для профилактики и лечения атеросклероза рекомендуются гемо- и плазмосорбция, замедляющие, приостанавливающие процессы накопления холестерина (Лопухин Ю.М).
При динамических нарушениях мозгового кровообращения (наряду с дибазолом, лазиксом и т.д.) следует вводить внутримышечно пирацетам (ноотропил) в период кризиса, а затем продолжать лечение перорально.
Очень большое значение для лечения атеросклероза имеют диета, соблюдение режима труда и отдыха, лечебная физкультура, психотерапия.
При атеросклеротических психозах показано назначение производных фенотиазина: аминазина, тизерцина (нозинан, левоме-промазин), этаперазина (трилафон, перфеназин). Применение нейролептиков следует начинать с малых доз При состоянии тревоги показаны транквилизаторы

тазепам, мепротан, либриум, фе-назепам и т.д. Седативные средства при атеросклерозе следует назначать с осторожностью, так как возможен парадоксальный эффект — усиление беспокойства. В ряде случаев показаны антикоагулянты При сочетании атеросклероза с гипертонической болезнью назначаются гипотензивные средства. При атеросклеро-тическом слабоумии рекомендуются такие препараты, как цереб-

ролизин, липоцеребрин, фитин, метионин, а также ноотропные препараты. Очень важно следить за состоянием внутренних органов, особенно сердца и кишечника, у больных атеросклерозом. Лечение при инсультах подробно изложено в учебниках по неврологии и нейрохирургии Терапия постинсультных состояний должна включать в себя ноотропные препараты, церебролизин, лечебную физкультуру, психотерапию при тревогах и беспокойстве.

21.2. Психические нарушения при гипертонической болезни

21.2.1. Клинические проявления

Наряду с заболеваниями сердца и почек для гипертонической болезни очень характерны церебральные расстройства. Выражаются они в различных типах нарушении мозгового кровообращения, начиная от легких гипертонических кризов и кончая самым тяжелым поражением — инсультом Среди летальных исходов при гипертонической болезни количество случаев смерти вследствие расстройства мозгового кровообращения стоит на втором месте после случаев смерти от поражений сердца.

Помимо многочисленных неврологических нарушений, связанных с тем или иным типом расстройства мозгового кровообращения (более или менее стойкие очаговые поражения в виде парезов, параличей, изменений чувствительности, афазий, апраксий и т.д), для гипертонической болезни характерны и разнообразные психические нарушения — так называемые гипертонические психозы. Психопатологические явления, возникающие вследствие гипертонической болезни, могут встречаться при любых формах и стадиях заболевания. Вместе с тем имеется определенная связь между характером психических нарушений и стадией гипертонической болезни Например, неврозоподобная симптоматика более характерна для I (начальной) стадии заболевания, а развитие слабоумия наблюдается преимущественно в III (конечной) стадии Наиболее часто гипертоническая болезнь вызывает следующие типы психических нарушений (Авербух ЕС). I) неврозоподоб-ную и психопатоподобную симптоматику, 2) тревожно-депрессивные и тревожно-бредовые синдромы, 3) состояния помрачения сознания, 4) состояния слабоумия Помимо этих четырех (выделенных с известной долей схематизма) групп психических нарушений встречаются и другие, менее частые расстройства псевдопаралитический статус, напоминающий картину прогрессивного паралича, псевдотуморозныи синдром, симулирующий клинику опухоли мозга, довольно редко возникающее маниакальное состояние и т.д. Отмечаются и смешанные клинические картины. Больные гипертонической болезнью очень часто предъявляют жалобы на раздражительность, головные боли, плохой сон, повы-

шенную утомляемость и вялость, снижение работоспособности, становятся рассеянными, мнительными, слабодушными и плаксивыми, очень обидчивыми У одних при этом преобладает астенический синдром, у других — раздражительность и вспыльчивость Нередко возникают и разного рода навязчивые состояния: навязчивый счет, навязчивые воспоминания и сомнения и особенно мучительные для больных навязчивые страхи. Больные страдают от кардиофобии, испытывают навязчивый страх смерти, страх высоты, движущегося транспорта, большой толпы и т.д

Психопатоподобные состояния при гипертонической болезни чаще всего возникают вследствие своеобразного заострения прежних характерологических особенностей, подобно тому, что наблюдается в начальных стадиях церебрального атеросклероза и что К.Шнеидер назвал шаржированным карикатурным искажением личности (см. главу 21). Больные становятся все более трудными в общении, у них легко возникают аффективные вспышки, они не терпят возражений, легко плачут.

Довольно типичной картиной, наблюдающейся у больных гипертонической болезнью, является снижение настроения. В одних случаях при этом преобладает тоскливо-подавленное состояние, в других — тревожность и беспокойство. Тревога чаще всего носит немотивированный характер, возникает внезапно, иногда ночью. У больных гипертонической болезнью может внезапно появиться сильный страх. Бредовые идеи нередко связаны с депрессивным состоянием. Наиболее часто встречаются ипохондрический бред, бред осуждения, отношения и преследования, могут возникать также идеи ревности и самообвинения, реже — бред иного

характера.
Характерны состояния помраченного сознания. Наряду с синдромом оглушения в различных его степенях, начиная от обнубиля-ции и кончая самым тяжелым нарушением — комой (при инсульте), могут возникать сумеречные состояния сознания, сновидные (онейроид), делириозные и аментивные состояния (см. главу 11). Свойственные больным гипертонической болезнью нарушения памяти могут быть выражены в самой различной степени, начиная от легкой забывчивости и кончая грубыми мнестическими расстройствами. Может развиваться органический психосиндром. Иногда встречается типичный синдром Корсакова. В ряде случаев гипертоническая болезнь приводит к выраженному слабоумию. Деменция может возникнуть как в связи с инсультами (постинсультная или постапоплексическая деменция), так и без них.

21.2.2. Этиология и патогенез

Гипертоническая болезнь — одно из самых распространенных заболеваний, с которым встречаются врачи многих специальное-

теи, втом числе и психиатры. Вопросы этиологии и патогенеза гипертонической болезни, так же как профилактика и лечение ее, относятся к числу чрезвычайно актуальных проблем современной медицины. Гипертоническая болезнь возникает в результате более или менее интенсивных и длительных состоянии психического напряжения, вызываемых различными психогенными (психо-травмирующими) моментами. Иными словами, изменения сосудистого тонуса, лежащие в основе гипертонической болезни, обусловлены (путем очень сложных нейрогуморальных механизмов) психогенно возникающими нарушениями высшей нервной дея-тельности. Эта теория психогенеза гипертонической болезни, выдвинутая Г.Ф.Лангом и развитая в дальнейшем А.Л.Мясниковым, является в настоящее время наиболее распространенной и признанной. Однако психогенно вызванные состояния аффективного напряжения, имеющие огромное значение в происхождении гипертонической болезни, не являются единственным патогенным воздействием. Имеют значение и такие факторы, как наследственные особенности, возрастное предрасположение, эндокринные сдвиги и т.д. Гипертоническая болезнь может быть связана также с поражением сосудов почек — снижением почечного кровотока.

21.2.3. Профилактика и лечение

Для предупреждения гипертонической болезни очень большое значение имеет устранение всех факторов, вызывающих состояние аффективного напряжения. Урегулированные семейные отношения, правильная организация труда и отдыха, физические упражнения, пищевой режим, исключение интоксикаций — все эти факторы способствуют профилактике гипертонической болезни, а в начальных стадиях ее дают и хороший терапевтический эффект.

Лечение гипертонической болезни должно быть комплексным и строго индивидуальным Медикаментозная терапия гипертонической болезни, подробно изложенная в учебнике по внутренним болезням, всегда должна сочетаться с продуманной психотерапией, диетотерапией, правильно организованным режимом дня с твердым соблюдением режима труда и отдыха, лечебной физкультуры.

При неврозоподобной и психопатоподобной симптоматике особенно показаны различные седативные средства (препараты валерианы, пустырника и т.д.), а также транквилизаторы, в пер-вую очередь производные бензодиазепина: элениум (либриум), диазепам (седуксен, валиум), оксазепам (тазепам), мезапам (ру-дотель), феназепам.

В начальных стадиях болезни может быть полезной также терапия электросном. Для лечения гипертонических психозов показаны препараты фенотиазинового ряда, из которых применяется, в

частности, тизерцин (левомепромазин, нозинан), в некоторых случаях (при резком возбуждении, стойких бредовых идеях, выраженном аффективном напряжении) — аминазин (хлорпромазин, ларгактил). Однако при введении этих препаратов надо помнить о возможном очень быстром гипотензивном эффекте вплоть до ор-тостатического коллапса, поэтому вводить их надо с большой осторожностью, под контролем за артериальным давлением.

При острых сосудистых психозах, протекающих с состоянием спутанности, показаны ноотропные препараты, в первую очередь пирацетам (ноотропил) внутримышечно или перорально Применяются эти препараты и при инсультах, в остром периоде парентерально, затем перорально на протяжении 1—2 мес. Для лечения постинсультных состояний показан также аминалон (гаммалон) перорально.

Пирацетам (ноотропил) и аминалон (гаммалон) назначаются также при развитии

психоорганического синдрома.

21.3. Психические нарушения при гипотонической болезни

У больных гипотонической болезнью могут возникать гипотонические кризы, сопровождающиеся головокружениями, резкой слабостью, вазомоторными нарушениями, иногда обморочные состояния.

Больные очень часто жалуются на головные боли, головокружения, появляющиеся обычно при переходе, особенно резком, из горизонтального положения в вертикальное, шум в ушах, вялость, повышенную утомляемость. У некоторых больных, помимо астенической симптоматики, возникают и депрессивные состояния, обычно нерезко выраженные В ряде случаев больные становятся тревожными и мнительными, высказывают множество ипоходрических жалоб Иногда возникают навязчивые страхи — фобии.

Лечение Показаны витаминотерапия (С и В,), назначение биогенных препаратов, стимулирующих средств: женьшеня, китайского лимонника, настойки заманихи, настойки аралии, элеутерококка, пантокрина, кофеина, при повышенном протромбино-вом индексе — антикоагулянтов Медикаментозную терапию при гипотонической болезни нужно сочетать с трудотерапией, физиотерапией (обтирание, души, углекислые ванны), лечебной физкультурой и правильной организацией труда и отдыха.

21.4. Психические нарушения при облитерирующем (церебральном) тромбангиите

Больные облитерирующим тромбангиитом предъявляют жалобы на головные боли, головокружения, слабость, сонливость, повышенную утомляемость Клиническая картина нервно-пси-

хических нарушений разнообразна и изучена еще недостаточно. Помимо очаговой симптоматики, описаны эпилептиформные состояния, шизофреноподобные картины состояния помраченного сознания, клиническая картина псевдотумора. После 40—50 лет церебральный тромбангиит трудно дифференцировать с церебральным атеросклерозом. Заболевание может привести к выраженному слабоумию.

Профилактика и лечение. Рекомендуются полное исключение алкогольных напитков и курения, покои, оберегайте больного от волнений. Показана терапия комплексом витаминов группы В (В,, В]2, В6) и С, поливитаминами, антикоагулянтами, препаратами йода, сульфатом магния, лекарственными средствами спазмолитического и сосудорасширяющего действия.

21.5. Экспертиза

В начальных стадиях сосудистых заболевании больные могут продолжать свои обычные занятия, хотя и с большими усилиями, ввиду повышенной утомляемости. Инвалидизация, наступающая при выраженных нервно-психических нарушениях, является показанием к переводу больных на III, II и даже I группу инвалидности.

Определение вменяемости или невменяемости зависит от психического состояния больных с сосудистой патологией головного мозга, степени психических нарушений. При выраженной патологии (слабоумие, наличие бреда и т.д.) больные считаются невменяемыми.

Глава 22. ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ ОПУХОЛЯХ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Психические нарушения встречаются при всех опухолях моз-і а, но далеко не всегда они достаточно четко и своевременно оцениваются как проявление опухолевого процесса.

Функции головного мозга нарушаются в связи с воздействием опухоли, сопровождающимся: 1) повышением внутричерепного давления; 2) сдавлением и смещением отдельных участков мозга; 3) разрушением ткани мозга в месте развития опухоли; 4) расстройствами крово- и ликворообращения; 5) реактивным отеком и набуханием ткани головного мозга. Каждый из указанных факторов может быть источником то разлитых, охватывающих всю сложную мозговую мозаику, то более очерченных нарушений нейродинамики, составляющих непосредственный субстрат симптомов (Кербиков О.В.).

22.1. Клинические проявления

Психические расстройства при опухолях мозга относятся к группе экзогенно-органических нарушений.

Наиболее рано возникающим симптомом является головная боль, она бывает связана с повышением внутричерепного давления и носит разлитой распирающий характер.

Выраженность этих расстройств зависит от размеров опухоли и ликвородинамичес-ких нарушений. Головные боли, наблюдающиеся в ночное и утреннее время, связывают с венозным застоем в полости черепа и усилением внутричерепного давления.

С повышением внутричерепного давления связаны рвота и брадикардия. Рвота обычно возникает внезапно и не связана с диспепсическими явлениями или приемом пищи. Характерно их возникновение ночью или рано утром.
Наиболее частым из психических нарушений при опухолях является нарушение сознания от неглубоких состояний оглушения (об-нубиляций) до выраженных состояний оглушения, сопора и комы, которые связаны с нарастающим внутричерепным давлением и становятся отчетливыми при достижении его определенной степени.
При оглушении наблюдается снижение активного внимания, нарушается в дальнейшем и пассивное, внимание больного привлекается только громкими раздражителями Больные вялы, апатичны, безучастны к происходящему. Все психические процессы обеднены, затруднены и замедлены. На фоне оглушенности развиваются другие состояния нарушенного сознания (делириозные, сумеречные), а также острые психотические состояния по типу экзогенных.
При опухолях могут наблюдаться так называемые особые состояния, возникающие пароксизмально с типичной органичес-

кой симптоматикой: искаженные пространственные восприятия, метаморфопсии, аутометаморфопсии (расстройства схемы тела), вестибулярные и деперсонализационные расстройства.
Существует определенная связь психотических состоянии с локализацией опухолей. Так, например, делириозные и сновид-ные состояния чаще наблюдаются при опухолях височной доли, сумеречные состояния — при опухолях мозгового ствола.
Психоорганические расстройства отмечаются при различной локализации опухолей. Выраженность этих расстройств зависит от темпа роста опухоли, давности заболевания и возраста больных. У 25% больных наблюдается клиническая картина корсаков-ского синдрома, который развивается постепенно и прогрессирует. В мыслительной деятельности нарушения проявляются в сужении и обеднении ассоциативных процессов, утрате четкости понятий и представлений, снижении уровня суждений. Аффективная лабильность, имеющаяся на первых этапах развития опухоли, сменяется эмоциональным обеднением или состоянием слабоумия с веселым возбуждением — морией.
При опухолях возможны приступообразные галлюцинаторные расстройства — рудиментарные галлюцинации, галлюцинозы, которые имеют значение для топической диагностики опухолей. Неприятные вкусовые, обонятельные (гарь, гниль, дым и др.) галлюцинации и устрашающие зрительные пароксизмально возникающие самостоятельна или как аура перед припадком являются признаком височных опухолей.
При опухолях затылочной области наблюдаются элементарные зрительные галлюцинации, сочетающиеся с нарушением цветоощущения и различного вида гемианопсиями.
Нарушения восприятия собственного тела (расстройства сенсорного синтеза, схемы тела), когда больные жалуются, что руки или ноги стали непомерно большими, голова увеличивается, шея перекручивается, наблюдаются чаще при опухолях теменной области.
Эпилептические расстройства (припадки, абсансы, сумеречные состояния сознания) относятся к частым симптомам опухолей головного мозга. Ограниченные (джексоновские) припадки чаще наблюдаются при локализации опухолей в области центральных извилин. Описаны типичные дисфорические состояния при опухолях, склонность к экстатическим переживаниям, эпи-лептоидные изменения личности, поведения и мышления.
По мере нарастания оглушенности больной, предоставленный самому себе, большую часть времени проводит в полудремотном состоянии и может быть выведен из него только настойчивым обращением, но, оставленный в покое, снова погружается в полудре му. Оглушенность, нарастая, переходит в сопорозное состояние.

Параллельно с нарастанием оглушенности развиваются нарушения памяти и ориентировки. Больные не помнят или с трудом вспоминают, какую пищу принимали накануне, не могут вспомнить события последнего времени, имена своих близких, детали, адреса, рассказать историю своей болезни. Они плохо ориентируются в месте и времени, часто уверяют, что в больнице находятся 2—3 дня или что они дома, а не в больнице и т.д.
Страдает и аффективная сфера: больные станови1ся раздражительными, легковозбудимыми, легкомысленными, дурашливыми или агрессивными, но чаще бывают вялыми, типичными, безразличными, постепенно утрачивают интерес к событиям и окружающему, делаются безучастными к делам, дому, семье.
Утрачивается способность к суждениям, отвлеченному и комбинированному мышлению.

Ответы становятся односложными, суждения и поступки — немотивированными.
У больных появляется не обоснованная ни их положением, ни окружающей действительностью склонность к шутливости и нелепым замечаниям. Недооценка больными всей серьезности своего положения бывает очень выраженной. Так, один больной с 1лиомой лобно-височной области, с резкий ослаблением зрения, упорными рвотами, головными болями и гемипарезом настойчиво требовал выписки, уверяя, что он совершенно здоров и может работать, хотя из-за гемипареза и общего тяжелого состояния утратил способность к самостоятельному передвижению.
Нередки и многообразны обманы чувств: зрительные, слуховые, вкусовые галлюцинации и нарушения схемы тела (анозотопогнозии).
Галлюцинации наблюдаются примерно у 10—12% всех больных с опухолевыми заболеваниями мозга. Чаще они носят неприятный характер: больные ощущают запахи дыма, гари, лекарств, група и т.д., видят животных, нередко фантастических, готовых напасть, странные фигуры людей, слышат погребальные или грустные напевы, писк ребенка и др.
Больные ощущают увеличение или уменьшение частей тела, изменение их положения, формы или полное отделение от тела.
Галлюцинации, особенно зрительные и анозотопогнозии, мо-1ут приобретать значительную выраженность и быть источником тяжелых переживаний. Одна больная с глиомой правой височной области видела скелет, покрытый саваном, с косой в руках и испытывала при этом животный страх. У другой больной с туберку-ломой теменной доли было ощущение винтообразного скручивания конечностей, при этом она с выражением ужаса на лице умоляла окружающих держать ее ноги.
Галлюцинации могут возникать как изолированно, так и в различных комбинациях. Наиболее сложные галлюцинации наблюда-

ются при опухолях височной доли. У таких больных одновременно возникают обонятельные, слуховые и зрительные галлюцинации.
В связи с описанными психическими нарушениями изменяются и поведение больного, и его взаимоотношения с окружающими Эти начальные расстройства иногда напоминают другие психические заболевания: корсаковский и псевдопаралитический синдромы, маниакально-депрессивный психоз и др Страдающие опухолями головного мозга чаще умирают в психиатрических больницах, чем в лечебных учреждениях иного профиля.
22.2. Роль психических нарушений в диагностике опухолей мозга
В тех случаях, когда на первый план выступают психические нарушения, обусловленные повышением внутричерепного давления, диагностика не вызывает затруднений.
В случаях, когда другие психические нарушения выступают на первый план или речь идет о пожилом больном с атеросклероти-ческими или невротическими расстройствами, могут возникать значительные диагностические затруднения.
Нарушения психики при опухолях мозга редко приобретают характер какой-либо определенной нозологической формы, поэтому все случаи неопределенного нетипичного расстройства должны подвергаться тщательному анализу на основании имеющихся неврологических симптомов и результатов исследования глазного дна.
По поводу топико-диагностического значения психических нарушений нет единого мнения Нарушения психики, в основе которых лежит водянка мозга, вызванная опухолью, не имеют топико-диагностического значения. В тех случаях, когда оглушенность и другие психические нарушения возникают в связи с повышенным внутричерепным давлением, вызванным массой самой опухоли, они могут иметь известное диагностическое значение. Это относится в первую очередь к опухолям лобных, левой височной долей и мозолистого тела
При опухолях — менингиомах базальной коры лобных долей наблюдается псевдопаралитический синдром с постепенным нарастанием амнестических расстройств. Аналогичные расстройства могут носить вторичный характер при опухолях гипофиза Обычно в этих случаях появляются инфундибулотуберальные симптомы с расстройствами функций сна и бодрствования, явлениями булимии, сексуальными нарушениями и изменениями терморегуляции
В дальнейшем при росте опухоли наблюдаются дурашливость, эйфория и слабоумие с нелепыми поступками.

Изменения психики при поражении коры лобных долей качественно и количественно разнообразны. Наблюдается широкий диапазон изменений — от легкого нарушения активности

и спонтанности до грубых изменении, которые известны только при исходных состояниях прогрессивного паралича и шизофрении.

При поражении коры лобных долей, главным образом выпуклой поверхности, ближе к полюсу лобной доли, наблюдаются аффективно-волевые нарушения по типу апатико-акинетико-абулического синдрома. Больные становятся медлительными, тупыми, аспонтанными, бедными в движениях

При поражениях левого полушария все эти нарушения более массивны, главным образом id счет нарушений речи и мышления, понятие об окружающей жизни сужено и уплощено.

При поражении коры лобных долей премоторной зоны выступают сложные моторные и психомоторные автоматизмы, эпилеп-тиформные припадки и сумеречные состояния сознания

При очень медленном росте опухоли могут наблюдаться психические изменения личности по типу эпилептических.

При локализации опухолей в височных долях часто наблюдаются различные галлюцинации с преобладанием обонятельных, эпилепти-формные припадки, нарушения памяти и раздражительность. Диагностическая ценность галлюцинаций оценивается неоднозначно.

22.3. Сравнительно-возрастные особенности психических нарушений при опухолях мозга

У детей с психопатологическими проявлениями опухолей наблюдается сочетание органических нарушений, обусловленных опухолевым процессом с типичными для этапов созревания психики особенностями.

Симптомы опухолей мозга в детском возрасте менее выражены: наряду с утренней рвотой часто внезапно возникают головные боли, приступы судорог. У одних детей наблюдается недетское поведение, у других — апатия с дурашливостью Может иметь место речевая и поведенческая регрессия (Гельниц Г)

При медленно нарастающих расстройствах обнаруживаются изменения в поведении: раздражительность, конфликты в школе, школьная дезадаптация с постепенным нарастанием утраты интереса к играм, апатии и органического слабоумия

22.3.1. Рубрификация психических расстройств в МКБ-10

В МКБ-10 эти расстройства отнесены в раздел «Органические, включая симптоматические, психические расстройства» F 00 — F 09 как «Неуточненные психические расстройства в связи с новообразованием (опухолью) головного мозга» или «Другие органические расстройства личности и поведения в связи с новообразованием (опухолью) головного мозга».

22 А. Этиология, патогенез и патологическая анатомия

Причиной психических нарушений при опухолях мозга является сам опухолевый процесс, повреждающий мозг. В формировании психических нарушений, с одной стороны, играют роль факторы, обусловленные самой опухолью, ее локализация, гистобио-логическая природа, особенности темпа роста, отек и набухание мозга, нарушения ликвородинамики, повышение внутричерепного давления и др., и с другой — состояние организма больного, его возраст, перенесенные ранее травмы и инфекции, эндокринные сдвиги конституциональные особенности личности, соматические заболевания и др

Опухоли по локализации делятся на супратенториальные (больших полушарии) и субтенториальные (задней черепной ямки), а также на внемозговые (экстрацеребральные) и внутримоз-говые (интрацеребральные), выделяются также еще внутрижелу-дочковые опухоли. Среди опухолей больших полушарий около 75% — внутримоз-говые и 25% — внемозговые (оболочечно-сосудистые).

22.5. Распространенность

В литературе приводятся различные данные о частоте психических нарушений при опухолях головного мозга: И.Я.Раздоль-ского (1941) - в 75-78% случаев, Walter-Buell (1951) - в 70%. Считается, что частота психических нарушений зависит от расположения опухоли: 100% — при опухолях мозолистого тела, 79% — при лобных опухолях, 52,1—66,6% — при опухолях гипофиза, височных, теменных и затылочных долей, 25% — при опухолях мозгового ствола и 35,5% — при опухолях мозжечка.

Такие различия обусловлены как особенностями опухолевого процесса, так и тщательностью психопатологического, неврологического, нейропсихологического обследования.

Мозговые опухоли на вскрытиях в психиатрических больницах обнаруживаются в 3—4% случаев, причем у многих умерших опухоли при жизни не были диагностированы.

Частота психических нарушений при опухолях головного мозга увеличивается с возрастом, если в возрасте до 20 лет психические нарушения наблюдались в 45%, то свыше 60 лет — в 88% случаев. В позднем возрасте при опухолях головного мозга преобладают острые (транзиторные

и пароксизмальные) психотические состояния.
Процент выявленных больных с опухолями головного мозга от общего числа обследованных составляет не более 0,25 (примерно треть больных с доброкачественными опухолями), и при своевременном выявлении и оперативном вмешательстве можно надеяться на благоприятный прогноз.

22.6. Прогноз
Прогноз психических нарушений при опухолях, как и общий прогноз, зависит от гистобиологии опухоли, этапа развития заболевания, локализации опухоли, правильности топической диагностики и возможности хирургического вмешательства, возраста и соматического состояния больного.
Хирургическое лечение в фазе субкомпенсации приводит к летальности в 5,5% случаев, в фазе умеренной декомпенсации — в 20,9%, в фазе грубой декомпенсации — в 38%.
Динамика психических нарушении после оперативного вмешательства различна, в одних случаях после радикальных операций с удалением участков мозга наблюдается адекватное поведение с возвращением к профессиональной деятельности, в других наблюдается формирование более или менее выраженного психоорганического синдрома
22.7. Лечение и экспертиза
Основным лечением является хирургическое вмешательство с целью удаления опухоли. Результатом такого вмешательства могут быть полное и частичное удаление опухоли, операция типа декомпрессии. Оперативное лечение обычно сочетается с рентгенотерапией, гормональным и иммунологическим лечением, химиотерапией, избирательным введением радиоактивных изотопов в опухоль. В зависимости от психопатологической симптоматики назначают антидепрессанты и нейролептики. В послеоперационном периоде при наличии психоорганического синдрома целесообразно применение ноотропов.
Экспертные вопросы решаются в зависимости ог локализации опухоли и выраженности психических нарушений
Глава 23. ПСИХИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ
ПРИ СОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ
Соматические заболевания, состоящие в поражении отдельных внутренних органов (в том числе и эндокринных) или целых систем, нередко вызывают различные психические расстройства, чаще всего называемые «соматически обусловленными психозами» (Шнайдер К.)
Условием для появления соматически обусловленных психозов К. Шнайдер предложил считать наличие следующих признаков. 1) присутствие выраженной клиники соматического заболевания; 2) присутствие заметной связи во времени между соматическими и психическими нарушениями; 3) определенный параллелизм в течении психических и соматических расстройств; 4) возможное, но не обязательное появление органической симптоматики.
Единого взгляда на достоверность этой «квадриады» в настоящее время нет.
Клиническая картина соматогенных расстройств зависит от характера основного заболевания, степени его тяжести, этапа течения, уровня эффективности терапевтических воздействий, а также от таких индивидуальных свойств заболевшего, как наследственность, конституция, преморбидный склад личности, возраст, иногда пол, реактивность организма, наличие предшествующих вредностей (возможность реакции «измененной почвы» — ЖислинС Г).
Раздел так называемой соматопсихиатрии включает в себя ряд тесно взаимосвязанных, но в то же время различных по клинической картине групп болезненных проявлений.
Прежде всего это собственно соматогения, т.е. психические нарушения, обусловленные соматическим фактором, которые относятся к большому разделу экзогенно-органических психических расстройств Не меньшее место в клинике психических нарушений при соматических заболеваниях занимают психогенные нарушения (реакция на болезнь не только с ограничением жизнедеятельности человека, но и возможными весьма опасными последствиями).
23.1. Клинические проявления
Разные стадии заболевания могут сопровождаться различными синдромами В то же время есть определенный круг патологических состояний, особенно характерных в настоящее время для соматогенных психических расстройств. Это следующие расстройства: I) астенические; 2) неврозоподобные; 3) аффективные; 4) психопатоподобные; 5) бредовые состояния; 6) состояния помрачения сознания; 7) органический психосиндром.

Астения — самое типичное явление при соматогениях. Нередко бывает так называемым стержневым или сквозным синдромом Именно астения в настоящее время в связи с

патоморфозом соматогенных психических расстройств может быть единственным проявлением психических изменении. В случае возникновения психотического состояния астения, как правило, может быть его дебютом, а также завершением.
Астенические состояния выражаются в различных вариантах, но типичными всегда являются повышенная утомляемость, иногда с самого утра, трудность концентрирования внимания, замедление восприятия. Характерны также эмоциональная лабильность, повышенная ранимость и обидчивость, быстрая отвлекае-мость Больные не переносят даже незначительного эмоционального напряжения, быстро устают, огорчаются из-за любого пустяка Характерна гиперестезия, выражающаяся в непереносимости резких раздражителей в виде громких звуков, яркого света, запахов, прикосновений. Иногда гиперестезия бывает настолько выраженной, что больных раздражают даже негромкие голоса, обычный свет, прикосновение белья к телу. Часты разнообразные нарушения сна.
Помимо астении в чистом виде, довольно часто встречается ее сочетание с депрессией, тревогой, навязчивыми страхами, ипохондрическими проявлениями. Глубина астенических расстройств обычно связана с тяжестью основного заболевания.
Неврозоподобные нарушения. Эти расстройства связаны с соматическим статусом и возникают при утяжелении последнего, обычно при почти полном отсутствии или малой роли психогенных воздействий. Особенностью неврозоподобных расстройств, в отличие от невротических, являются их рудиментарность, однообразие, характерно сочетание с вегетативными расстройствами, чаще всего пароксизмального характера. Однако вегетативные расстройства могут быть и стойкими, длительно существующими.
Аффективные расстройства. Для соматогенных психических расстройств очень характерны дистимические расстройства, в первую очередь депрессия в ее различных вариантах. В условиях сложного переплетения соматогенных, психогенных и личностных факторов в происхождении депрессивной симптоматики удельный вес каждого из них значительно колеблется в зависимо-сти от характера и этапа соматического заболевания.
В целом же роль психогенных и личностных факторов в формировании депрессивной симптоматики (при прогрессировании основного заболевания) вначале увеличивается, а затем, при дальнейшем утяжелении соматического состояния и соответственно углублении астении, существенно уменьшается.

При прогрессировании соматического заболевания, длительном течении болезни, постепенном формировании хронической энцефалопатии тоскливая депрессия постепенно приобретает ха-рактер депрессии дисфорическои, с ворчливостью, недовольством окружающими, придирчивостью, требовательностью, капризностью В отличие от более раннего этапа тревога не постоянна, а возникает обычно в периоды обострения заболевания, особенно с реальной угрозой развития опасных последствий На отдаленных этапах тяжелого соматического заболевания при выраженных явлениях энцефалопатии часто на фоне дистрофических явлений астенический синдром включает в себя угнетенность с преобладанием адинамии и апатии, безучастности к окружающему
В период значительного ухудшения соматического состояния возникают приступы тревожно-тоскливого возбуждения, на высоте которых могут совершаться суицидальные попытки
Психопатоподобные расстройства. Чаще всего они выражаются в нарастании эгоизма, эгоцентризма, подозрительности, угрюмости, неприязненном, настороженном или даже враждебном отношении к окружающим, истериформных реакциях с возможной склонностью к аггравации своего состояния, стремлением постоянно быть в центре внимания, элементами установочного поведения Возможно развитие психопатоподобного состояния с нарастанием тревожности, мнительности, затруднениями при принятии какого-либо решения
Бредовые состояния. У больных с хроническими соматическими заболеваниями бредовые состояния обычно возникают на фоне депрессивного, астенодепрессивного, тревожно-депрессивного состояния Чаще всего это бред отношения, осуждения, материального ущерба, реже нигилистический, порчи или отравления Бредовые идеи при этом не стойки, эпизодичны, нередко имеют характер бредоподобных сомнении с заметной истощаемо-стью больных, сопровождаются вербальными иллюзиями Если соматическое заболевание повлекло за собой какое-то уродующее изменение внешности, то может сформироваться синдром дис-морфомании (сверхценная идея физического недостатка, идеи отношения депрессивное состояние), возникающий по механизмам реактивного состояния
Состояние помраченного сознания. Наиболее часто отмечаются эпизоды оглушения, возникающие на астенически-адинамичес-ком фоне Степень оглушения при этом может носить

колеблющийся характер Наиболее легкие степени оглушения в виде обну-биляции сознания при утяжелении общего состояния могут переходить в сопор и даже кому Делириозные расстройства часто носят эпизодический характер, иногда проявляясь в виде так называ-

емых абортивных делириев, нередко сочетаются с оглушением или с онеирическими (сновидными) состояниями Для тяжелых сома-шческих заболевании характерны такие варианты делирия, как мусситирующии и профессиональный с нередким переходом в кому, а также группа так называемого тихого делирия Тихий делирий и подобные ему состояния наблюдаются при хронических заболеваниях печени, почек, сердца, желудочно-кишечного тракта и могут протекать почти незаметно для окружающих Больные обычно малоподвижны, находятся в однообразной позе, безразличны к окружающему, нередко производят впечатление дремлющих, иногда что-то бормочут Они как бы присутствуют при просмотре онеирических картин Периодами эти онсироидоподобные состояния могут чередоваться с состоянием возбуждения, чаще всего в виде беспорядочной суетливости Иллюзорно-галлюцинаторные переживания при таком обострении характеризуются красочностью, яркостью, сценоподобностью Возможны деперсона-лизационные переживания, расстройства сенсорного синтеза

Аментивное помрачение сознания в чистом виде встречается нечасто, в основном при развитии соматического заболевания на гак называемой измененной почве, в виде предшествующего ос-лабления организма Гораздо чаще это аментивное состояние с быстро меняющейся глубиной помрачения сознания, нередко приближающееся к расстройствам типа тихого делирия, с прояс-нениями сознания, эмоциональной лабильностью

Сумеречное состояние сознания в чистом виде при соматических заболеваниях встречается редко, обычно при развитии органического психосиндрома (энцефалопатии)

Онейроид в его классическом виде также не очень типичен, гораздо чаще это делириозно-онеироидные или онеирические (сновидные) состояния, обычно без двигательного возбуждения и выраженных эмоциональных расстройств

Главной особенностью синдромов помрачения сознания при соматических заболеваниях являются их стертость, быстрый переход от одного синдрома к другому, наличие смешанных состояний, возникновение, как правило, на астеническом фоне

Типичный психоорганический синдром. При соматических заболеваниях он встречается нечасто, возникает, как правило, при длительных заболеваниях с тяжелым течением, таких, в частности, как хроническая почечная недостаточность или длительно существующий цирроз печени с явлениями портальной гипертензии

При соматических заболеваниях чаще встречается астенический вариант психоорганического синдрома с нарастающей психической слабостью, повышенной истощаемостью, плаксивостью, астенодисфорическим оттенком настроения

23.1.1. Психические нарушения при сердечно-сосудистых заболеваниях

Инфаркт миокарда. В остром периоде может возникать безотчетный страх смерти, достигающий особой выраженности при нарастающих болях. Характерны тревога, тоска, беспокойство, чувство безнадежности. Нередко бывают проявления гиперестезии, когда больные не переносят любых внешних воздействии, самых незначительных; их раздражают даже шепотная речь, лег-кое прикосновение мягкого белья, свет.

Поведение больных при этом бывает различным. Они могут быть внешне неподвижны, молчаливы, лежат в одной и той же позе, опасаясь сделать хотя бы малейшее движение. Другие больные, напротив, возбуждены, двигательно беспокойны, суетливы, растерянны. Иногда такое возбуждение, сопровождающееся чувством безнадежности, отчаяния, близкой смерти, напоминает собой состояние, характеризующееся как raptus melancholycus («взрыв тоски»).

Резко подавленное настроение, безотчетный страх, тревога, чувство нарастающей катастрофы могут встречаться в остром периоде инфаркта миокарда и при отсутствии болевого синдрома, а иногда — быть предвестником его.

При инфаркте, протекающем без болевого синдрома, часто бывает состояние внезапно наступившей тревоги, тоски, депрессивное состояние при этом может напоминать витальную депрессию, что особенно характерно для людей пожилого возраста.

Тревожная депрессия, возникающая во время болевого приступа инфаркта миокарда, опасна возможностью суицидальных действий. При ухудшении состояния тоскливо-тревожная симп-томатика может смениться эйфорией, что также весьма опасно в силу неадекватного поведения больного (Урсова Л.Г.).

В остром периоде инфаркта миокарда возможно возникновение состоянии помраченного сознания в виде оглушения разной степени выраженности, начиная от обнубиляции и кончая сопором и комой. Могут быть делириозные изменения сознания, а также сумеречные расстройства сознания, что особенно характерно для пожилых людей, у которых инфаркт миокарда развился на фоне уже имеющихся гипертонической болезни и церебрального атеросклероза. Расстройства сознания при инфаркте миокарда обычно недлительные (минуты, часы, 2—5 сут).
Очень характерна для инфаркта миокарда астеническая симптоматика. В остром периоде преобладает соматогенная астения. С течением времени в клинической картине заболевания начинает преобладать симптоматика, связанная уже с влиянием психогенного фактора: реакция личности на такую тяжелую психотравмирую-

шую ситуацию с угрозой жизни и благополучию, как инфаркт миокарда. В таком случае невротические психогенные реакции тесно переплетаются с воздействием собственно соматогенного фактора, благодаря чему непсихотические синдромы носят смешанный характер, то приближаясь к чисто невротическим, то к неврозопо-добным с их полиморфизмом, нестойкостью, рудиментарностью.
Невротические реакции при инфаркте миокарда во многом зависят от преморбидных особенностей и подразделяются на кар-диофобические, тревожно-депрессивные, депрессивно-ипохондрические и, реже, истерические и анозогнозические.
При кардиофобических реакциях у больных превалирует страх перед повторным инфарктом и возможной смертью от него. Они чрезмерно осторожны, сопротивляются любым попыткам расширения режима физической активности, пытаются сократить до минимума любые физические действия. На высоте страха у таких больных возникают потливость, сердцебиение, чувство нехватки воздуха, дрожь во всем теле.
Тревожно-депрессивные реакции выражаются в чувстве безнадежности, пессимизме, тревоге, нередко в двигательном беспокойстве.
Депрессивно-ипохондрические реакции характеризуются постоянной фиксацией на своем состоянии, значительной переоценкой его тяжести, обилием многочисленных соматических жалоб, в основе которых могут быть выраженные сенестопатии.
Сравнительно нечасто встречающиеся анозогнозические реакции весьма опасны пренебрежением больного к своему состоянию, нарушением режима, игнорированием медицинских рекомендаций. В отдаленном периоде инфаркта миокарда возможно патологическое развитие личности, преимущественно фобичес-кого и ипохондрического типа.
Стенокардия. Поведение больных может быть различным в зависимости от формы стенокардии, однако во время приступа в целом чаще всего возникают испуг, достигающий иногда состояний выраженного страха, двигательное беспокойство со стремлением встать и ходить либо неподвижность, опасение сделать хотя бы какое-то движение. Во внеприступный период характерны симптомы в виде сниженного фона настроения с неустойчивостью аффектов (эмоциональная лабильность), повышенной раздражительностью, нарушениями сна, который становится тревожным, поверхностным, нередко сопровождается тягостными, устрашающими сновидениями. Характерно также легкое возникновение астенических реакций, немотивированно появляющихся состояний боязливости и тревоги Возможны истероформные особенности поведения с нарастающим эгоцентризмом, стремлением привлечь к себе внимание окружающих, вызвать их сочувст-

вие и участие, склонность к демонстративности Нередки фоби-ческие состояния, преимущественно в виде кардиофобии с постоянным ожиданием очередного приступа и страха перед ним
Атеросклероз венечных артерий сердца. Для больных характерны сниженное настроение, выраженные астенические реакции с неустойчивостью аффектов, иногда резко выраженная раздражительность. Нередко развиваются повышенная ранимость, обидчивость, состояния внутренней напряженности, расстройства сна, обычно с ранним просыпанием от чувства тревоги Иногда возникает своеобразная эйфория с суетливостью, многоречивостью, переоценкой своих физических и интеллектуальных возможностей. Возможны также психопатоподобные формы поведения, либо приближающиеся к истероформным, либо к эксплозивнос-ти, чередующейся с приступами дисфории, либо характеризующиеся тревожно-мнительными чертами. Нередко возникает также расстройство памяти, снижается работоспособность, нарушается активное внимание, отмечается повышенная утомляемость.

23.1.2. Психические нарушения при заболеваниях почек

Почечная недостаточность. При состояниях компенсации и субкомпенсации хронической почечной недостагочности наиболее типичен астенический синдром, являющийся обычно самым ранним признаком заболевания и нередко «сквозным» видом патологии. Особенность астении состоит чаще всего в сочетании выраженной гиперестезии, раздражительной слабости со стойкими нарушениями сна. Характерно наличие дисфорического оттенка настроения, а также невыраженность вегетативных расстройств Характерны и периодически возникающие нарушения схемы тела. Эти расстройства, так же как возникновение сумеречных помрачений сознания или отчетливых приступов дисфории, свидетельствуют уже о нарастании органического психосиндрома (энцефалопатии). Повышение интоксикации обычно сопровож-дается характерными нарушениями сна, с сонливостью днем и упорной бессонницей ночью, кошмарными, часто одного и того же сюжета сновидениями с последующим присоединением гип-нагогических галлюцинаций. Острые психозы в виде атипичных делириозных, делириозно-онеироидных, делириозно-аментив-ных состояний возникают при относительно неглубокой декомпенсации. В позднем периоде уремии почти постоянным становится состояние оглушения.

Хроническая почечная недостаточность приводит к развитию диффузного энцефалопатического процесса, который наиболее, точно можно определить как нефрогенную хроническую токсико-дис-гомеостатическую энцефалопатию (Цивилько М.А., Цивилько В.С.).

23.1.3. Психические нарушения при заболеваниях печени

Цирроз печени. Симптомы астении иногда могут быть вообще самыми первыми проявлениями болезни Характерны нарушения сна с сонливостью днем и бессонницей ночью, причем при-ступы сонливости, напоминающие приступы нарколепсии, нередко являются первыми симптомами развивающегося в дальнейшем психоорганического синдрома (энцефалопатии) Характер выраженности астенической симптоматики зависит от этапа и тяжести заболевания Типичны выраженная физическая слабость, вялость и разбитость с самого утра. С утяжелением общего состояния усиливаются и вегетативные расстройства в виде приступов тахикардии, потливости, гиперемии кожных покровов. Нарастающие явления психоорганического синдрома сопровождаются характерологическими сдвигами и периодически наступающими состояниями помрачения сознания (по типу так называемых особых состояний или состоянии, напоминающих амбулаторный автоматизм) При утяжелении основного заболевания характерно нарастание оглушения вплоть до комы.

Психопатоподобные расстройства проявляются в таких реакциях, как чрезмерная обидчивость, подозрительность, пунктуальность, ворчливость, требование к себе особого внимания, склон-ность к конфликтам, эксплозивность.

Психические нарушения у больных циррозом печени почти никогда не достигают психотического уровня Особым психо-травмирующим фактором у этих больных являются страхи, иногда очень выраженные перед реальной угрозой желудочно-кишечных кровотечений и явлении портальной шпертензии.

Гепатоцеребральная дистрофия (болезнь Вильсона—Коновалова, гепатолентикулярная дегенерация, лентикулярная прогрессирующая дегенерация). Начальными проявлениями обычно бывает эмоционально-гиперестетическая слабость с выраженной истощаемостью и сужением круга интересов. Вскоре присоединяется психопатоподобная симптоматика с возбудимостью, агрессивностью, расстройством влечений в виде склонности к бродяжничеству и воровству. Появляется лживость, иногда дурашливость Могут выявляться выраженные депрессивные состояния, возможны депрессивно-параноидные и галлюцинаторно-параноидные расстройства. Среди бредовых психозов преобладают идеи преследования. Характерно нарастание слабоумия со все более выраженными интеллектуально-мнестическими расст-ройствами и снижением критики, эпилептиформные припадки. В терминальном периоде все более выраженной становится астения, доходящая нередко до степени апатического ступора, возникают различные варианты помрачения сознания Характерны

так называемый тихий делирии, делириозно-аментивное состояние. Нередко летальному исходу непосредственно предшествует мусситированный делирии, переходящий в протрагированную кому Выраженные психозы встречаются нечасто. Среди них преобладают депрессивно-параноидные состояния, иногда напоминающие бред Котара, параноидные синдромы, обычно выраженные неярко, сопровождаются тревожным возбуждением и быстрой исгощаемостью. Можег развиться корсаковскии синдром.

23.1.4. Психические нарушения при лучевой болезни
Симптоматика психических расстройств зависит от того, в какой форме (острой или хронической) протекает лучевая болезнь (Голодец РГ и др.), хотя общим является развитие астенического состояния различной степени выраженности. При острой форме возможны нарушения сознания вплоть до сопора и комы При хронической форме заболевания астения может носить волнообразный характер, усиливаясь по мере воздействия ионизирующего излучения. Все более выраженными становятся физическая и психическая истощаемость, повышенная утомляемость, все более заметным — снижение работоспособности. Нарушается сон, чаще всего человек трудно засыпает, спит тревожным неглубоким сном, утром с трудом просыпается, испытывает в течение всего дня сонливость. Отмечаются характерная аффективная лабильность с повышенной ранимостью и обидчивостью, явления раз-дражительной слабости, гиперестезия в виде непереносимости яркого света, громких звуков, тактильных раздражений и т.д. Больным с лучевой болезнью свойственны вегетососудистые расстройства, возникающие чаще всего приступообразно.
23.1.5. Психические нарушения при болезнях крови Пернициозная анемия (болезнь Аддисона— Бирмера, злокачественная анемия, болезнь Бирмера) В случаях легкого течения заболевания основным психическим расстройством является астения, выражающаяся в быстрой психической и физической утомляемости, рассеянности внимания, ипохондрической фиксации на своем состоянии, плаксивости или раздражительной слабости. Возможны также психопатоподобные расстройства в виде дисфорического фона настроения, раздражительного недовольства, повышенной возбудимости и требовательности При остром течении характерно развитие делириозного, реже — аментивного синдрома. Возможно также сумеречное помрачение сознания Тяжелые состояния приводят к развитию сопора и комы При длительном течении болезни развивается выраженный депрессивный синдром, преимущественно в виде тревожной или ажити-рованной депрессии, нередко с присоединением галлюцинаций и

бреда. Иногда возникает эйфория. При длительном тяжелом течении заболевания развивается психоорганическии синдром
Анемии вследствие кровопотери. Тяжелые кровопотери характеризуются нарастанием астенических расстройств, нарушением активного внимания, невозможностью сосредоточиться, замедлением ассоциативных процессов. Возможно иллюзорное восприятие окружающего, особенно характерны парэйдолические иллюзии. Нарастающая астения достигает степени апатического ступора, при утяжелении состояния наступающее оглушение переходит в сопор и затем в кому.
23.1.6. Психические нарушения при пеллагре
Пеллагра — болезнь, обусловленная недостаточностью никотиновой кислоты, триптофана и рибофлавина, характеризующаяся поражением кожи, пищеварительного тракта и нарушениями психики
Заболевание часто начинается с так называемой пеллагрозной неврастении, представляющей собой по существу состояние эмо-ционально-гиперестетической слабости со снижением работо-способности и гипотимиеи Психотические расстройства наиболее характерны для предкахектической стадии и выражаются главным образом в состояниях помрачения сознания (делирий, сумеречное расстройство сознания, аменция). При развитии кахексии возникают депрессивно-параноидные, галлюцинаторно-параноидные состояния, иногда сопровождающиеся тревожным возбуждением, нигилистическим бредом и бредом гибели мира. Нередко развивается апатический ступор. Может возникнуть органический психосиндром (энцефалопатия)
23.1.7. Психические нарушения при алиментарной дистрофии
В начале заболевания наблюдаются раздражительность, аффективная возбудимость, головная боль Наиболее типичными являются астенические симптомы (слабость, истощаемость, сни-жение внимания и памяти, замедление ассоциативных процессов). Больные угрюмы, чрезвычайно обидчивы, склонны к депрессивным реакциям, подчас с суицидальными тенденциями Расстройства настроения могут носить и характер дисфории, возможно появление двигательного беспокойства. Характерно, что все мысли, а также сновидения связаны с пищей Резко ослабевает или полностью исчезает половое влечение, нередко также резко снижается чувство самосохранения. Иногда изменяется характер, сопровождаясь снижением уровня личности, утратой контроля за поведением, теряется чувство такта, утрачивается чувство стыда, нарастает эгоизм, озлобленность, возможна выраженная агрессивность по отношению к окружающим. При этом, однако,

довольно долго сохраняется умственная деятельность В дальнейшем типично нарастание апатии и адинамии, которая в ряде случаев может дойти до апатического ступора Возможно возникновение делирия онеироида или смешанного делириозно-онеиро-идного состояния, возможно также возникновение аменции

23.1.8. Психические нарушения при кахексии

При этом заболевании наиболее типичны астенические состояния, тяжесть которых нарастает по мере утяжеления общего состояния больных В начальных стадиях кахексии астения может сопровождаться явлениями деперсонализации и дереализации, раздражительной слабости, разнообразными сенестопатически-ипохондрическими ощущениями, различными нарушениями сна Нередки расстройства настроения, чаще всего оно тревожно-тоскливое, изредка — эйфорическое При утяжелении общего состояния отмечается все большее нарастание общей вялости, ами-мии, апатии, адинамии вплоть до апатического ступора Характерны состояния оглушения, начиная от легкого помрачения сознания в виде обнубиляции и кончая сопором и комой, возникновение которых нередко предшествует летальному исходу Реже отмечаются другие синдромы помрачения сознания, такие как делириозное (особенно в виде так называемого мусситирующего, или бормочущего, делирия), аментивное, онейроидное, сумеречные состояния сознания Довольно типичны частые колебания состояния сознания Могут быть ложные узнавания, иллюзии, галлюцинации, параноидные и галлюцинаторно-параноидные состояния Характерны нарастание так называемой апатической дезориентировки, полная безучастность к своему состоянию, полное отсутствие какой-нибудь инициативы, неопрятность

23.1.9. Психические нарушения при эндокринных заболеваниях

Независимо от того, какая железа внутренней секреции поражена, эндокринные расстройства часто сопровождаются общей для всех эндокринной симптоматикой в виде неспецифического эндокринного психосиндрома и астении

При каждом эндокринном заболевании общие нарушения выражаются по-разному, в различной степени и различных сочетаниях

Болезнь Иценко—Кушинга (базофилизм гипофизарный, болезнь Кушинга)

Для этой болезни типичны психическая и физическая астения, особенно выраженная по утрам Больные вялы, малоподвижны, безразличны к окружающим событиям, им трудно на чем-либо сосредоточить внимание, выполнить даже небольшую физическую нагрузку Очень типично снижение или даже полное отсутствие сексуального влечения

Характерны также расстройства сна, иногда с нарушением его ритма сонливостью днем и бессонницей ночью Сон обычно поверхностный, тревожный, больше напоминает дремотное состояние, сопровождающееся иногда гипнагогическими и гипнапомпическими галлюцинациями Возможны расстройства настроения, аффективные колебания Депрессивные состояния при этом имеют выраженную дисфорическую окраску с возможными вспышками ярости, гневливости или страха Довольно типичны сочетания депрессии с сенестопатически-ипохондрическими переживаниями, а также депрессивно-параноидные расстройства Маниакальноподобные состояния характеризуются наличием благодушного настроения или даже выраженной эйфории в сочетании с безынициативностью и бездеятельностью Нередки эпилептиформные расстройства, различные диэнцефальные проявления, нарушения сенсорного синтеза

Болезнь Иценко-Кушинга в силу обезображивающих внешность человека физических изменении может привести к возникновению сверхценной дисморфомании Эта патология либо сочетается с дистимиеи и становится особенно демонстративной в периоды обострения депрессивных состояний, либо может существовать перманентно, при этом нередко диссимулируется Эти больные особенно склонны к суицидальным попыткам Возможны психотические, волнообразно протекающие состояния с ощущением растерянности, двигательным возбуждением, делириозными явлениями При неблагоприятном течении болезнь Иценко—Кушинга может привести к развитию органического психосиндрома, в том числе к такой его разновидности, как корсаковскии синдром

При синдроме Кушинга (синдром Иценко—Кушинга), развивающемся вследствие гиперфункции коры надпочечников или длительного гормонального лечения, психические нарушения напоминают таковые при болезни Иценко—Кушинга однако чаще значительно менее выражены

Пшофизарная кахексия (кахексия диэнцефально-гипофизар-ная, пангипопитуитаризм, болезнь Симмондса, болезнь Сим-мондса—Глинского) Возникает вследствие поражения ядер гипоталамуса и выпадения функции передней доли гипофиза при инфекционных и опухолевых

процессах, травмах головного мозга Снижение продукции гормонов передней доли гипофиза приводит к недостаточности щитовидной и половых желез, а также коры надпочечников Постепенно нарастает снижение психической и физической активности, больные вялы, бездеятельны, безынициативны, не испытывают никаких желаний, целые дни проводят в постели, почти не меняя положения Изредка на этом апатико-динамическом фоне возможны внезапные и обычно кратковременные вспышки раздражения чрезмерной обидчивости, плаксивости, которые сменяются становящимися почти перманент-

ными астеноапатическими явлениями, порой доходящими до выраженного астеноапатико-абулического синдрома.

Психозы встречаются редко, главным образом в виде кратковременных галлюцинации и галлюцинаторно-параноидпых состоянии. При прогрессировании заболевания нарастают интеллектуально-амнестические расстройства как выражение психоорганического синдрома.

Синдром Шихена. Возникает в результате частичного некроза клеток аденогипофиза при некомпенсированной массивной крово-потере во время родов, послеродового сепсиса. Аменорея, агалак-тия, снижение основного обмена, артериального давления и температуры тела сочетаются с эмоциональными нарушениями. Синдром Шихена иногда весьма напоминает гипофизарную кахексию с тем же нарастанием астеноапатико-абулической симптоматики, прогрессированием нарушений памяти и снижением интеллекта.

Акромегалия (синдром Мари, синдром Мари—Лери). Акромегалия развивается вследствие значительного увеличения продукции соматотропного гормона передней доли гипофиза. Нарастание астенической симптоматики (на первых порах с преобладанием физической астении) сопровождается упорными головными болями и расстройствами сна, главным образом в виде дневной сонливости. На фоне астении и нарастающей спонтанности у больных возможны вспышки раздражительности, недовольства и недоброжелательности по отношению к окружающим, а иногда и выраженная ненависть к ним. Реже апатико-адинамический синдром сочетается с благодушием, беспечностью или даже легкой эйфорией. Психотические расстройства при акромегалии встречаются редко. Весьма редко отмечаются и переживания в виде сверхценной дисморфомании, несмотря на подчас значительные изменения физического облика больных. Не отмечается у этих больных и сколько-нибудь выраженных интеллектуально-мнес-тических расстройств, хотя аспонтанность, отсутствие интереса к окружающему, нарастание аутизма, эгоцентричности могут внешне напоминать органическое слабоумие.

Зоб диффузный токсический (базедова болезнь, болезнь Грейв-са, зоб диффузный тиреотоксический)

Заболевание характеризуется диффузным увеличением щитовидной железы и повышением ее функции. Отмечаются нарушения обмена веществ, часто экзофтальм, похудание, тахикардия. Очень характерны аффективные расстройства, в первую очередь в виде так называемой эмоциональной лабильности Больные слезливы, склонны к немотивированным колебаниям настроения, у них легко возникают реакции раздражения, вплоть до выраженной гневливости, которая вновь может смениться плачем. Харак-

терны суетливость, невозможность к длительной концентрации внимания, непоседливость Больные обидчивы, рассеянны, жалуются на повышенную утомляемость, снижение работоспособности, что выражается как в физической, так и в психической астении; часты явления гиперестезии в виде непереносимости громких звуков, яркого света, прикосновений.

Во многих случаях на передний план выступает пониженное настроение, иногда достигающее состояния выраженной депрессии, реже отмечается состояние вялости, апатии, безразличия. Депрессии обычно сопровождаются тревогой, ипохондрическими жалобами, иногда приобретают дисфорический оттенок. Гораздо реже наблюдается состояние эйфории со снижением критического отношения к своему состоянию.

Помимо разнообразной астенической симптоматики и аффективных нарушении, могут встречаться и психотические расстройства в виде острых и затяжных психозов, бредовых состояний, галлюциноза, преимущественно зрительного Изредка встречаются шизофреноподобные психозы и состояния помраченного сознания в виде делириозных, делириозно-аментивных расстройств, депрессивно-параноидных состояний. Иногда отмечаются фобии и идеи ревности, кататоноподобная симптоматика.

Весьма типичны расстройства сна в виде трудности засыпания, частых пробуждении, тревожных сновидений.

При затяжной форме базедовой болезни могут отмечаться интеллектуал ьно-мнестические расстройства.
Гипотиреоз (болезнь Галла, гипотиреоидизм). Резко выраженная форма гипотиреоза носит название микседемы.
Гипотиреоз возникает вследствие недостаточности щитовидной железы. Наиболее характерными соматическими признаками являются отеки лица, конечностей, туловища, брадикардия. При врожденном гипотиреозе, называемом кретинизмом, или болезнью Фаг-ге, и при развитии гипотиреоза в раннем детском возрасте может возникать олигофрения. Задержка психического развития при этом может быть выражена в разной степени, но нередко достигает глубокого слабоумия (идиотия, или тяжелая имбецильность).
Для гипотиреоза очень характерны вялость, сонливость, гиподинамия, быстрая утомляемость, замедление ассоциативных процессов. Может также наблюдаться неврозоподобная симптоматика, выражающаяся в раздражительности подавленном настроении, ранимости, эмоциональной лабильности.
При нарастании тяжести заболевания отмечается прогрессирующее снижение памяти, достигающее выраженности корсаков-ского синдрома, нарушение интеллектуальных функции, полное безразличие к окружающему. Нередко развиваются психотичес-

кие состояния в виде синдромов помраченного сознания (сно-видных или делириозных), выраженных депрессивных, депрессивно-параноидных расстройств. Иногда возникают шизоформ-ные психозы с галлюцинаторно-параноиднои и кататоноподоб-ной симптоматикой. Возможны эпилептиформные припадки
Большую опасность представляют коматозные состояния (так называемая микседематозная кома), нередко приводящие, особенно улиц пожилого возраста, к летальному исходу.
Гипопаратиреоз. Это заболевание возникает при недостаточности функции околощитовидных желез. Характерна неврозопо-добная симптоматика, преимущественно в виде истероформного или неврастеноподобного варианта. Больные часто утомляются, жалуются на ослабление внимания, рассеянны, вялы, с неустойчивым настроением, повышенной обидчивостью. Характерны расстройства сна (сон тревожный, поверхностный с частыми пробуждениями), нередко возникают чувство немотивированного страха, подавленность, склонность к ипохондрическим фиксациям. Возможны эпилептиформные расстройства, а также развитие гипопаратиреоидной энцефалопатии с выраженными нарушениями памяти и снижением интеллекта.
Сахарный диабет. Диабет возникает при абсолютной или относительной недостаточности инсулина. При раннем возникновении заболевания может отмечаться замедление психического развития.
Диабет у взрослых нередко сопровождается астенической симптоматикой в виде повышенной утомляемости, снижения работоспособности, нарушений сна, головной боли, эмоциональной лабильности. Нередко отмечаются вялость, снижение настроения с подавленностью и угнетенностью. Возможны психопа-топодобные расстройства
Психические нарушения наиболее выражены при длительном течении заболевания с гипергликемическими и гипогликемичес-кими коматозными состояниями в анамнезе
Повторные комы способствуют развитию острой или хронической энцефалопатии с нарастанием интеллектуально-мнести-ческих расстройств и эпилептиформными проявлениями. По мере утяжеления заболевания и нарастания органического психосиндрома чисто астеническая симптоматика все более отчетливо трансформируется в астенодистимическую, астеноапати-ческую и астеноадинамическую.
Собственно психотические состояния встречаются нечасто. Острые психозы выражаются в виде делириозных, делириозно-аментивных и аментивных состояний.
Инсулома (аденома островковой ткани, незидиобластома). Во время приступов гипогликемии нередко возникает эпилептиформ-

ный синдром, выражающийся как в припадках, так и в состояниях сумеречного помрачения сознания Кроме того, у больных могут возникать аментивные состояния различной глубины и продолжительности, напоминающие шизофреническую спутанность.
В период гипогликемических приступов возможны также взрывы злобности и агрессивности, реже — появление эйфории. С течением времени характерно нарастание органического синдрома со все более заметными расстройствами памяти, потерей прежних навыков, апатией.
Аддисонова болезнь (болезнь Аддисона, бронзовая болезнь, хроническая недостаточность коры

надпочечников). Возникает при двустороннем поражении коры надпочечников Характеризуется гиперпигментациеи кожи и слизистых оболочек, нарушениями водно-солевого обмена, исхуданием, артериальной гипо-гензией. Самым характерным психопатологическим синдромом является астения, проявлениями которой нередко начинается заболевание. Уже с утра больные жалуются на чувство усталости, разбитости, сонливости, нарушения активного внимания, рас-сеянность. Настроение большей частью пониженное, иногда отмечается апатия или внезапное, внешне ни с чем не связанное беспокойство. Возможно сочетание эйфории с полной бездея-тельностью. По мере прогрессирования основного заболевания нарастает психопатоподобная симптоматика в виде подозрительности, замкнутости, иногда — злобности и агрессивности, повышенной обидчивости. У некоторых больных развивается стойкий апатический синдром. Характеризуя аддисонову болезнь в целом, M.Bleuler (1948) описал 3 вида психических нару-шении при ней: 1) постепенное нарастание психопатоподобной симптоматики; 2) нарастание амнестического психосиндрома; 3) возникновение острых психозов, главным образом в виде со-стояний помраченного сознания, тревожно-депрессивных состояний с бредом. Среди нечасто встречающихся психозов описываются тактильные галлюцинозы, состояния психомоторного возбуждения.

При тактильном галлюцинозе, обычно очень стойком и характерном для лиц преимущественно пожилого возраста, появляется ощущение ползания под кожей мелких живых существ в виде насекомых, маленьких червячков и т.д.

Первичный гипогонадизм. Это заболевание развивается вследствие поражения половых желез или кастрации. Характерна астеническая симптоматика: повышенная утомляемость, отвлекае-мость, неусидчивость. Часто возникают приступы головокружения, потливости, сердцебиения, а также обмороки. Патология личности выражается у одних в эгоцентризме, склонности к аф-

фективным взрывам, приступам дисфории, эпилептоидности, злопамятности, у других — в преобладании астенических черт, у третьих — истерических (Карнозов В.Л.)

Осознание болезни, особенно своей евнухоиднои внешности, наступает у этих больных обычно к пубертатному возрасту и приводит к развитию депрессивной симптоматики (иногда резко вы-раженной — с суицидальными попытками), приобретая в целом характер сверхценной дисморфомании, сопровождающейся идеями отношения Снижения интеллекта при первичном гипогона-дизме обычно не отмечается.

23.2. Сравнительно-возрастные особенности

Психические нарушения у подростков с хроническими соматическими заболеваниями в целом такие же, как у взрослых. У детей значительно чаще возникает астения с отвлекаемостью, не-усидчивостью, повышенной утомляемостью и плаксивостью. При раннем появлении заболевания нередко наблюдается задержка психического развития вплоть до выраженной олигофрении. Отмечается также задержка физического развития.

Длительно протекающие соматические заболевания, начинающиеся в детском возрасте, могут повлечь за собой патологическое развитие (формирование) личности (Ковалев В.В.) Это обус-ловливает не только само заболевание с воздействием собственно соматогенного фактора, но и чрезмерно повышенное внимание к больному ребенку со стороны окружающих, гиперопека Патологическому развитию нередко способствуют и сопровождающие некоторые заболевания у детей дефекты внешности вплоть до выраженных уродств (Матвеев В Ф., Елецкий В.Ю и др.). Возможны эпилептиформные припадки, зрительные галлюцинации, преимущественно в виде гипнагогических. Бредовых идей у детей практически не бывает.

23.2.1. Рубрификация психических расстройств по МКБ-10

В МКБ-Ю эти расстройства отнесены в раздел «Органические, включая симптоматические, психические расстройства» F 00 — F 09 и кодируются в соответствии с ведущим синдромом. Эндокринные расстройства также могут кодироваться в IV классе МКБ-Ю как «Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена» Е 00 - Е 90.

23.3. Этиология и патогенез

В этиологии соматогенных психических расстройств, обычно тесно переплетаясь, принимают участие как собственно соматогенные, так и психогенные факторы. В патогенезе взаимодействуют такие вредные факторы, как гипоксия, дисциркуляторные

сдвиги (особенно на уровне нарушения микроциркуляции), расстройства ионного равновесия, токсико-аллергические воздействия, эндокринные сдвиги, иммунные изменения и т.д. Помимо влияния патологического процесса в целом, значительная роль в синдромогенезе психических расстройств принадлежит премор-бидным особенностям личности и психотравмирующим

воздействиям, в первую очередь в виде реакции на болезнь и все то, что с ней связано
Личностные и психотравмирующие факторы, играющие, как известно, большую роль в целом ряде так называемых психосоматических заболеваний (ряд тяжелых сердечно-сосудистых заболеваний, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, язвенный колит, некоторые эндокринные заболевания и т.д.), в дальнейшем продолжают оказывать иногда весьма большое влияние и на возникновение и течение соматогенных расстройств.
Влияния личностных и психогенных факторов, принимающих участие в формировании соматогенных расстройств, могут неблагоприятно сказаться на течении основного заболевания, что в свою очередь нередко усиливает тяжесть психогенных реакций (так называемая циркулярная зависимость).
В этиологии и патогенезе, помимо указанных выше факторов, играют роль возрастные и половые различия.

23.4. Диагноз и дифференциальный диагноз

Диагноз соматогенных психических расстройств устанавливают на основании тесной связи появления и изменения дальнейшей клинической картины в зависимости от основного заболевания. В то же время не надо забывать, что соматические заболевания могут провоцировать психические болезни или сочетаться с ними. Особенно тщательно надо дифференцировать эндоформ-ные соматогенные расстройства с шизофренией и маниакально-депрессивным психозом. Основными дифференциально-диагностическими критериями здесь должны служить характер развертывания психопатологической симптоматики, стереотип развития болезни в целом, тщательное изучение данных анамнеза (семейного и личного).

23.5. Прогноз

Прогноз зависит от тяжести основного заболевания, характера его течения, эффективности терапии, наличия или отсутствия предшествующих вредностей, степени сохранности головного мозга. Имеет значение также время начала и интенсивность терапии самих соматогенных нарушений (например, своевременное назначение ноотропных препаратов при обнаружении признаков психоорганического синдрома).

23.6. Лечение и реабилитация

Терапия прежде всего должна быть направлена на основное соматическое заболевание с применением всего широкого (по показаниям) спектра современных лечебных воздействий, в том числе и таких принципиально новых, как пересадка органов и тканей, органозамешающая терапия, новые методы хирургических вмешательств Показана также общеукрепляющая терапия.
Учитывая эффективность современных методов лечения, в большинстве случаев не следует переводить больных в специальные психиатрические учреждения, лечение может осуществляться и в стационаре соответствующего медицинского профиля, но при одном непременном условии: его должны проводить совместно психиатр и специалист по основному заболеванию (терапевт, хирург, нефролог, кардиолог, эндокринолог и т.д.). Даже при отсутствии психиатрического отделения в соматической больнице больные с острыми психозами чаще всего также не нуждаются в переводе в психиатрическую больницу: возбужденный больной должен быть только переведен в отдельное помещение и обеспечен круглосуточным наблюдением и уходом.
При назначении психофармакотерапии очень важно учитывать большую чувствительность соматических больных, особенно с тяжелыми поражениями паренхиматозных органов, к медикаментозным методам лечения, а подчас и парадоксальное реагирование на них.
Психотропные препараты могут также неблагоприятно влиять на реактивность организма в целом. Кроме того, неадекватная терапия больных с астеническим «сквозным» радикалом может приводить к усилению депрессивного компонента. Большие дозы тимолептиков и психостимуляторов могут вызывать или усиливать уже имеющуюся тревожность, а иногда даже обусловливать астеническую спутанность
Неадекватное применение нейролептиков может способствовать более быстрому нарастанию психоорганического синдрома.
Исходя из этого, назначение психотропных препаратов должно проводиться строго индивидуально с учетом не только общего соматического состояния, но и ряда других факторов: возраста больного, выраженности и стадии заболевания, общей реактивности организма.
При навязчивых страхах, состояниях психической напряженности, тревожности, беспокойства (в том числе и перед предстоящими инструментальными исследованиями или операциями) по-

казаны небольшие дозы транквилизаторов, в первую очередь производные бензодиазепина: хлозепид (либриум, хлордиазепоксид, элениум), сибазон (диазепам, седуксен, реланиум), феназепам. Следует, однако, учитывать, что при острых заболеваниях печени и почек эти препараты противопоказаны.

При расстройствах сна нередко хороший эффект дает левоме-промазин (тизерцин, нозинан) в малых дозах (от 2 до 8 мг). При аффективных расстройствах, в том числе и сопровождающихся психомоторным возбуждением, показан тиоридазин (сонапакс, меллерил). При выраженной депрессии с ажитацией применяют амитрипгилин (триптизол), но при этом надо помнить, что при наличии глаукомы, аденомы простаты и атонии мочевого пузыря этот препарат назначать нельзя. В таких случаях следует применять пиразидол.
При эндоформных расстройствах лечение следует начинать с таких «мягких» нейролептиков, как терален, эглонил, тиоридазин.
При резком двигательном возбуждении, особенно при наличии помрачения сознания, иногда следует прибегать к парентеральному введению диазепама, тизерцина либо даже аминазина. При введении аминазина и тизерцина необходимо следить за артериальным давлением и при необходимости сочетать их с применением сердечно-сосудистых средств (опасность коллапса!).
При астенических, астеноневротических, астеноипохондри-ческих расстройствах и особенно при нарастании явлений органического психосиндрома показано применение ноотропных препаратов' пирацетама (ноотропил), аминалона (гаммалон), пи-ридитола (энцефабол).
Большая роль при лечении непсихотических соматогенных расстройств принадлежит психотерапии во всех ее вариантах и особенно рациональной (индивидуальной и групповой), включая работу не только с больным, но и с его семьей.

23.7. Профилактика

Первичная профилактика соматогенных расстройств самым тесным образом связана с профилактикой и как можно более ранним выявлением и лечением соматических заболеваний. Вторичная профилактика связана со своевременной и наиболее адекватной терапией взаимосвязанных основного заболевания и психических расстройств.
Учитывая, что психогенные факторы (реакция на заболевание и все то, что с ним связано, реакция на возможную неблагоприятную обстановку) имеют немаловажное значение как при формировании соматогенных психических расстройств, так и при возможном утяжелении течения основной соматической болезни, необходимо применять меры и по профилактике этого рода воздействий. Здесь самая активная роль принадлежит медицинской деонтологии, одним из основных аспектов которой является определение специфики деонтологических вопросов применительно к особенностям каждой специальности.

23.8. Экспертиза

При излечении основного соматического заболевания обычно исчезают и сопутствующие ему соматогенные психические расстройства. В таком случае больные полностью трудоспособны и возвращаются к прежней трудовой деятельности. При неблагоприятном течении основной болезни, а также при нарастании явлений психоорганического синдрома (энцефалопатии) больные в соответствии с тяжестью их состояния переводятся на инвалидность.
Вопрос о вменяемости или невменяемости должен решаться строго индивидуально в зависимости от особенностей соматогенных психических расстройств (психотический или непсихотический их характер, степень интеллектуально-мнестических расстройств).

Глава 24. ЭПИЛЕПСИЯ[1]

Эпилепсия — хронически протекающее заболевание, вызванное поражением центральной нервной системы, проявляющееся различными пароксизмальными состояниями и довольно частыми изменениями личности. При неблагоприятном гечении приводит к своеобразному так называемому эпилептическому слабоумию. Заболевание может возникнуть в любом возрасте, начиная с самого раннего (несколько месяцев) и кончая преклонным, однако преимущественно начало эпилепсии приходится на молодой возрасг (до 20 лет). Эпилепсия — довольно распространенная болезнь (по данным разных авторов, эпилепсией страдают от 1 до 5 человек на 1000 населения).
П.И.Ковалевский, автор одной из первых русских монографий по эпилепсии, приводит более 30 названий этого заболевания. Из них наиболее частые синонимы эпилепсии: «черная болезнь», «падучая», «священная болезнь», «болезнь Геркулеса» (по преданию, известный мифический герои страдал этой болезнью), «morbus comitialis»[2] и т.д.

24.1. Клинические проявления

Клиническая картина эпилепсии полиморфна. Своеобразие эпилепсии заключается в пароксизмальности, внезапности проявления большинства ее симптомов.

Вместе с тем при эпилепсии, как при всяком длительном заболевании, отмечаются и хронические, постепенно утяжеляющиеся болезненные симптомы. Несколько схематизируя, можно все проявления эпилепсии объединить следующим образом:

I. Припадки.

II. Так называемые психические эквиваленты припадков (то и другое пароксизмального характера).

III. Изменения личности (длительное, стойкое, прогрессирующее нарушение).

24.1.1. Припадки

Наиболее характерным симптомом эпилепсии является судорожный припадок, возникающий внезапно, «как гром среди ясного неба», или после предвестников. Нередко припадок начина-ется с так называемой ауры (описание типичного эпилептического припадка, ауры и предвестников см. главу 10).

В МКБ-10 эпилепсия рассматривается не в главе «Психические расстройства и расстройства поведения» (F00—F09), а в главе «Болезни нервной системы» (G40—G41 9).

2Термин происходит от латинского слова comitia, что означает собрание В Древнем Риме собрание (сенат) распускалось, если у кого-либо из присутствующих начинался приступ эпилепсии

Иногда судорожные припадки происходят подряд, один за другим, без прояснения сознания в период между ними Это патологическое состояние, называемое эпилептическим статусом (status epilepticus), является опасным для жизни (набухание и отек мозга, угнетение дыхательного центра, асфиксия) и требует немедленной медицинской помощи

Наряду с большим судорожным припадком (Grand mal) при эпилепсии бывают и так называемые малые припадки (Petit mal) Это кратковременное выключение сознания, чаще всего длящееся несколько секунд, без падения Обычно оно сопровождается вегетативной реакцией и небольшим судорожным компонентом

Больной, спокойно беседующий с врачом, внезапно прерывает речь, бледнеет Одновременно появляются судорожные глотательные движения Через несколько секунд больной как ни в чем не бывало продолжает разговор

Очень близок к малому припадку (многие авторы их не разделяют) другой встречающийся при эпилепсии симптом абсанс1 — очень кратковременное выключение сознания без всякого судо-рожного компонента

Больная с интересом читающая книгу, внезапно опускает ее на колени Лицо женщины при этом бледнеет и принимает «отсутствующее» выражение Через секунду больная продолжает читать с прежним выражением заинтересованности на лице

24.1.2. Эквиваленты припадков

В эту группу болезненных симптомов входят приступообразно появляющиеся расстройства настроения и расстройства сознания

Термин «психические эквиваленты» (психические расстройства, возникающие как бы взамен припадка, «равнозначно» ему) не совсем точен, так как эти же расстройства настроения или сознания могут появляться и в связи с припадком — до или после него

Расстройства настроения. У больных эпилепсией расстройства настроения чаще всего проявляются в приступах дисфории — тоскливо-злобного настроения

В такие периоды больные всем недовольны, придирчивы, мрачны и раздражительны, часто предъявляют различные ипохондрические жалобы, в некоторых случаях формирующиеся даже в бредовые идеи ипохондрического характера Бредовые идеи в таких случаях появляются приступообразно и существуют столько же, сколько длится период дисфории, — от нескольких часов до нескольких дней Нередко к тоскливо-злобному настроению примешивается страх, порой доминирующий в клинической картине Значительно реже периодические расстройства на-

От фр absense — отсутствие

строения у больных эпилепсией выражаются в приступах эйфории — великолепного, ничем не объяснимого настроения

Некоторые больные во время приступов тоскливо-злобного настроения начинают злоупотреблять алкоголем или отправляются бродяжничать «куда глаза глядят» Поэтому часть

больных, страдающих дипсоманией (запойное пьянство)1 или дромоманией (стремление к путешествиям), составляют больные эпилепсией
Расстройства сознания. Эти нарушения выражаются в приступообразном появлении сумеречного состояния сознания Сознание больного при этом как бы концентрически суживается, и из всего многообразного внешнего мира он воспринимает только какую-то часть явлении и предметов, главным образом те, которые его эмоционально в данный момент затрагивают Образно такое состояние сравнивают с состоянием человека, идущего по очень узкому коридору справа и слева — стена и только впереди мерцает какой-то свет Помимо изменения сознания, у больных появляются также галлюцинации и бредовые идеи
Галлюцинации чаще всего зрительные и слуховые, обычно имеют устрашающий характер
Зрительные галлюцинации нередко окрашены в красные и черно-синие тона Больной видит, например, черный топор, обагренный кровью, и вокруг разрубленные части человеческого тела
Возникающие при этом бредовые идеи (чаще всего преследования, реже — величия) определяют поведение больного
Больные в сумеречном состоянии сознания бывают очень агрессивными, нападают на окружающих, убивают, насилуют или, наоборот, прячутся, убегают, пытаются покончить с собой Эмоции больных в сумеречном состоянии сознания чрезвычайно бурны и в основном отрицательного характера состояния ярости, ужаса, отчаяния
Приведем два коротких описания сумеречных состоянии сознания у одного итого же больного
1 Больной растерян, отказывается от еды, плачет, не хочет ложиться в постель «сейчас меня будут хоронить, в землю зарывать» Выкрикивает отдельные слова, что то напряженно рассматривает на постели, разглядывает свои руки, повторяет «Кровь, видите, вот она» Начинает молиться, затем внезапно вскакивает и сипьно ударяет соседа
2 Больной внезапно спалил себе волосы, затем выбежал на балкон, стремительно вернулся, схватил 12-летнюю дочь и с криком «сейчас спущу на парашюте и скину всех чертей» пытался сбросить девочку с балкона С большим трудом был удержан родственниками
Значительно реже бывают сумеречные состояния сознания с переживаниями восторга, радости, экстаза, с бредовыми идеями величия
Галлюцинации при этом приятны для больного, он слышит «великолепную музыку», «чарующее пение» и тд
Получены данные о генетической связи и конституционально-биологической близости эпилепсии и дипсомании (Утин А В)

Больная сидит у подоконника и, совершенно никак не реагируя ни на обстановку отделения, ни на вопросы врача, имитирует движения пианиста, как бы перебирая пальцами клавиши. Взгляд устремлен вверх, на лице выражение восторга. Временами больная к чему-то прислушивается, начинает дирижировать, затем вновь руки ее опускаются на подоконник.
Сумеречные состояния сознания возникают внезапно, длятся от нескольких минут до нескольких дней и так же внезапно кончаются, причем больной полностью забывает все, что с ним было.
В редких случаях больной все же может рассказать кое-что о своих болезненных переживаниях. Это бывает или при так называемом «островном припоминании» (Мели), или при явлениях запаздывающей, ретардированной амнезии (Оттоленги). В первом случае больной вспоминает какие-то отрывки из своих болезненных переживаний, во втором — амнезия наступает не сразу, а спустя какое-то время после прояснения сознания.
Иногда после минования сумеречного состояния сознания на какое-то время задерживаются бредовые идеи преследования или величия (резидуальный бред).
Больные в сумеречном состоянии сознания склонны к разрушительным действиям и могут быть опасны и для себя, и для окружающих. Убийства, совершенные в это время, поражают своей немотивированностью и крайней жестокостью.
Помимо собственных сумеречных состояний сознания, для больных эпилепсией характерны и так называемые упорядоченные сумеречные состояния, обозначаемые как состояние амбулаторного автоматизма, или психомоторные пароксизмы. Это также паро-ксизмально возникающие состояния суженного (сумеречного) сознания, но без бреда, галлюцинаций и выраженных эмоциональных реакций. Поведение таких больных более или менее упорядочено, нет бросающихся в глаза нелепостей в высказываниях и действиях, свойственных больным с собственно сумеречным состоянием. Больные в состоянии амбулаторного автоматизма, не осмысляя всего того, что вокруг них происходит, уясняют лишь какие-то отдельные моменты, в

остальном применяя привычные, ставшие уже автоматизированными действия. Например, больной без всякой цели входит в чужую квартиру, предварительно вытерев ноги и позвонив, или садится в первый встречный транспорт, совершенно не представляя, куда и зачем он едет. Внешне такой больной может произвести впечатление рассеянного, уставшего или слегка подвыпившего человека, а иногда и ничем не обратить на себя внимание. Состояния амбулаторного автоматизма также длятся от нескольких минут до нескольких дней и заканчиваются полной амнезией.

Женщина, проживающая с семьей на Дальнем Востоке, вдруг, совершенно неожиданно для себя, очутилась в Москве с грудным ребенком на руках. Как она попала в Москву, на чем ехала, больная совершенно не помнила.

Сумеречные состояния сознания могут возникать не только днем, но и ночью, среди сна. В таком случае говорят о лунатизме (сомнамбулизме). Однако следует помнить, что далеко не все проявления лунатизма относятся к эпилепсии. Это могут быть и случаи сумеречного сознания истерического происхождения, и просто частичный сон.

Некоторое сходство с сумеречными состояниями сознания имеют так называемые особые состояния (Гуревич М.О.), которые «примерно так относятся к сумеречным состояниям сознания, как джексоновскии припадок к генерализованному эпилептическому».

При особых состояниях не бывает выраженных изменений сознания и последующей амнезии, но характерны изменения настроения, расстройства мышления и особенно нарушения восприятия в виде так называемого расстройства сенсорного синтеза. Больной растерян, испытывает страх, ему кажется, что окружающие предметы изменились, стены колеблются, сдвигаются, голова его стала неестественно громадной, ноги исчезают и т.д. Больные при этом могут переживать состояния типа deja vu, jamais vu, деперсонализации, изменение чувства времени и т.д.

Длительность особых состояний такая же, как и сумеречных состояний.

24.1.3. Изменения личности больного эпилепсией

При длительном течении заболевания у больных часто появляются определенные, ранее им не свойственные черты, возникает так называемый эпилептический характер. Своеобразно меняется и мышление больного, при неблагоприятном течении заболевания доходящее до типичного эпилептического слабоумия.

Круг интересов больных сужается, они становятся все более эгоистичными, у них «теряется богатство красок и чувства высыхают» (Гризингер В.). Собственное здоровье, собственные мелочные интересы — вот что все более отчетливо ставится в центр внимания больного. Внутренняя холодность к окружающим нередко маскируется показной нежностью и любезностью. Больные становятся придирчивыми, мелочными, педантичными, любят поучать, объявляют себя поборниками справедливости, обычно понимая справедливость очень односторонне. В характере больных появляется своеобразная полюсность, легкий переход от одной крайности к другой1. Они то очень приветливы, добродушны, откровенны, порой даже слащавы и навязчиво-льстивы, то необыкновенно злобны и агрессивны. Склонность к внезапно наступающим бурным приступам гневливости вообще составляет одну из самых яр-

Жан Фальре, одним из первых описавший эпилептический характер, указывал, что «перемежаемость явлений как в сфере чувствования, так и умственных способностей составляет выдающуюся черту в характере эпилептиков».

ких черт эпилептического характера. Аффекты ярости, которые легко, часто без всяких поводов, возникают у больных эпилепсией, настолько демонстративны, что Ч.Дарвин в своем труде об эмоциях животных и человека взял в качестве одного из примеров именно злобную реакцию больного эпилепсией. Вместе с тем больным эпилепсией свойственны инертность, малоподвижность эмоциональных реакций, что внешне выражается в злопамятстве, «застревании» на обидах, часто мнимых, мстительности

Типично меняется мышление больных эпилепсией: оно становится вязким, с наклонностью к детализации При длительном и неблагоприятном течении заболевания особенности мышления становятся все более отчетливыми: нарастает своеобразное эпилептическое слабоумие. Больной теряет способность отделять главное, существенное от второстепенного, от мелких деталей, ему все кажется важным и нужным, он вязнет в мелочах, с большим трудом переключается с одной темы на другую Мышление больного становится все более конкретно-описательным, снижается память, оскудевает словарный запас, появляется так называемая олигофазия. Больной обычно

оперирует очень небольшим количеством слов, стандартными выражениями. У некоторых больных появляется склонность к уменьшительным словам — «глазоньки», «рученьки», «докторочек, миленький, посмотри, как я свою кроваточку убрала» Непродуктивное мышление больных эпилепсией иногда называют лабиринтным.
Больная эпилепсией, желая сообщить врачу об очередном припадке, описывает свое состояние следующим образом* «Так вот, когда я встала, то пошла умываться, полотенца еще не было, его, наверное, Нинка, гадюка, взяла, я ей это припомню Пока я полотенце искала, уж на завтрак надо было идти, а я еще зубы не чистила, мне няня говорит, чтоб я шла скорее, а я ей про полотенце, тут как раз и упала, а что потом было, не помню»
Вся перечисленная симптоматика совершенно необязательно должна быть представлена у каждого больного полностью. Значительно более характерно наличие лишь каких-то определенных симптомов, закономерно проявляющихся всегда в одном и том же виде. Наиболее частым симптомом является судорожный припадок. Однако бывают случаи эпилепсии без больших судорожных припадков. Это так называемая замаскированная, или скрытая, эпилепсия (epilepsm larvata). Кроме того, эпилептические припадки не всегда бывают типичными Встречаются и разного рода атипичные припадки, а также рудиментарные и абортивные, когда начавшийся припадок может остановиться на любой стадии (например, все может ограничиться одной только аурой и тд.).
Бывают случаи, когда эпилептические припадки возникают рефлекторно, по типу центростремительной импульсации. Так

называемая фотогенная эпилепсия характеризуется тем, что припадки (большие и малые) возникают только при действии прерывистого света (светового мелькания), например, при ходьбе вдоль нечастого забора, освещенного солнцем, при прерывистом свете рампы, при просмотре передач по неисправному телевизору и т.д. Эпилепсия с поздним началом (epilepsia tarda) возникает в возрасте старше 30 лет. Особенностью эпилепсии с поздним началом является, как правило, более быстрое установление определенного ритма припадков, относительная редкость перехода припадков в другие формы, т.е. характерна большая мономорфность эпилептических припадков по сравнению с эпилепсией с ранним началом (Карлов В А.).

24.1.4. Эпилепсия у детей

Несмотря на то, что эпилепсия встречается в детском возрасте довольно часто, диагностика ее, особенно вначале, представляет немалые трудности. У детей в силу повышенной потребности в кислороде мозга, лабильности кальциевого обмена, повышенной гидрофильности коллоидов мозга легко возникают судорожные состояния, ничего общего с эпилепсией не имеющие Так, например, у детей эпилептиформные припадки могут возникать при глистной инвазии, заболевании дыхательных путей, кишечных интоксикациях, подъемах температуры тела и т.д. Детская эпилепсия трудна для диагностики еще и потому, что редко начинается с типичных развернутых судорожных припадков. Заболевание значительно чаще дебютирует абсансами, petit mal, разного рода атипичными, рудиментарными припадками, и лишь со временем происходит генерализация припадка. Начало болезни может выражаться также в снохождениях, периодически появляющихся расстройствах настроения, внезапно возникающих страхах, приступах ничем не объяснимых болей в различных органах, пароксизмальных расстройствах поведения Закономерная повторяемость этих явлений всегда должна настораживать в отношении эпилепсии.
Эпилепсия у детей характеризуется более злокачественным течением, чем у взрослых, и скорее приводит к снижению интеллекта и разнообразным расстройствам речи. Свойственны детям и изменения личности, причем если у подростков развиваются черты характера, свойственные взрослым больным эпилепсией (медлительность, вязкость, «прилипчивость», мелочная пунктуальность), то для детей младшего возраста характерны все увеличивающееся двигательное беспокойство, чрезвычайная отвлекаемость внимания, невозможность сколько-нибудь длительной его концентрации.
У детей резко выражен (в значительно большей степени, чем у взрослых) сосудисто-вегетативный компонент припадка.

24.1.5. Соматические и неврологические расстройства

Специальных соматических нарушений, характерных только для больных эпилепсией, нет, однако среди них нередко встречаются люди с диспластическим строением, с эндокринно-

обмен-ными нарушениями в виде ожирения, нарушения роста и т.д., с гидроцефальным или микроцефальным строением черепа. Кроме того, на теле большинства длительно страдающих эпилепсией можно обнаружить следы различных повреждений, полученных во время судорожного припадка (следы ожогов, ушибов, порезов, отсутствие зубов, рубцовые изменения от многократных прикусов языка и т.д.). Со стороны неврологического статуса может отмечаться самая различная симптоматика1 в виде поражения черепных нервов, параличей и парезов, разнообразных вегетативных нарушений. Вместе с тем встречаются больные эпилепсией без каких-либо соматических или неврологических нарушений, обнаруживаемых современными методами исследования.

24.1.5.1. Рубрификация расстройств по МКБ-10

В МКБ-Ю эпилепсия рассматривается в классе IV «Нервные болезни» и кодируется как эпилепсия с разными видами припадков. В классе V «Психические расстройства и расстройства поведения» в разделе «Органические, включая симптоматические, психические расстройства» представлены психические расстройства при эпилепсии, такие, как деменция, расстройства памяти, галлюцинаторные, бредовые, аффективные расстройства и нарушения поведения.

24.2. Этиология и патогенез

Эпилепсия (эпилептическая болезнь) является полиэтиологическим заболеванием, к ее возникновению могут привести разнообразные вредные факторы, действующие как внутриутробно и во время родов, так и постнатально, особенно в ранние годы жизни (травмы, инфекции, интоксикации).

При эпилепсии с поздним началом (после 30 лет) у более молодых больных основным этиологическим фактором чаще является черепно-мозговая травма, у больных более старшего возраста — церебральная сосудистая патология. Имеет значение и наследственная отягощенность, но по поводу того, в чем конкретно это выражено, мнения весьма противоречивы, что во многом, вероятно, зависит от возможности наследственной неоднородности болезни (Бочков Н.П. и др.). Имеются данные, что наследственно передается не само по себе заболевание, а предрасполо-

Подробное описание топической диагностики на основании той или иной неврологической симптоматики приводится в руководствах по нервным болезням.

жение к нему. В частности, указывают на лабильность вазомоторов, определенные нарушения обмена веществ, ненормальность развития некоторых нейронных систем (Пенфилд У. и Джаспер Г.). В настоящее время весьма распространено мнение, что эпилепсия чаще всего возникает при сочетании наследственного предрасположения с дополнительными вредностями, обычно в виде экзогенных факторов (травмы, инфекционные поражения центральной нервной системы и т.д.).

Встречается эпилепсия и с невыясненной еще пока эгиологи-ей (в таких случаях иногда применяют термины «эссенциальная», «идиопатическая» или «криптогенная эпилепсия» — от греч. kryp-tos — тайный, скрытый).

Эпилепсия характеризуется определенными изменениями обмена веществ.

Многочисленные исследования как отечественных, так и иностранных авторов показали изменения белкового, жирового, углеводного и водно-солевого обмена, нарушение кислотно-основного состояния (до припадка — алкалоз, после него — ацидоз), в связи с чем был предложен ряд теорий (аутоинтоксикация, нарушение функции желез внутренней секреции, в частности коры надпочечников, и т.д.).

Однако отсутствие единых данных, часто противоречивые результаты исследований, а иногда и отсутствие явных сдвигов в обмене у больных эпилепсией не сделали вероятной ни одну из этих теорий. Перспективным явилось изучение обмена непосредственно в самой мозговой ткани. Данные, полученные с помощью тонких методов исследования, свидетельствуют о таких изменениях метаболизма в мозге больных эпилепсией, которые в первую очередь обусловливает нарушения в проведении нервных импульсов. Так, обнаружено повышение проницаемости клеточной мембраны, ведущее к нарушению ионного равновесия и, следовательно, к относительной деполяризации нервных клеток.

Эта деполяризация, по-видимому, и является непосредственной причиной эпилептического разряда. Указывается, в частности, на потерю клетками калия и задержку в клетках натрия и воды. Большое значение при эпилепсии имеет также нарушение обмена таких веществ, как ацетилхолин и гамма-аминомасляная кислота (ГАМК). (Ацетилхолин — один из медиаторов, осуществляющих передачу нервных импульсов.) При судорогах обнаруживаются нарушения обмена ацетилхолина — увеличивается содержание свободного ацетилхолина. Поэтому, в

частности, вскоре после судорожного припадка в ликворе содержится ацетилхолин, а введением ацетилхолина в свою очередь можно вызвать судороги. Гамма-аминомасляная кислота (ГАМК), образующаяся из

глутаминовои кислоты, обладает в противоположность ацетилхо-лину тормозящим действием, способствует подавлению проведения нервных импульсов
Уменьшение содержания ГАМ К в мозге (что и наблюдается при эпилепсии) ведет к появлению судорог.
Обмен ГАМ К тесно связан с пиридоксином (витамин В^) и глутаминовои кислотой. Поэтому авитаминоз В6 приводит к возникновению судорог, а глутаминовая кислота характеризуется противосудорожным действием.
Обнаружено, что у больных эпилепсией ослаблен обмен глюкозы в мозге
В настоящее время появляется все больше данных, доказывающих, что в патофизиологических механизмах эпилептического припадка большая роль принадлежит гиперсинхронизации и на-растающей скорости возбуждения нейронов, их сверхвозбудимости, что в свою очередь вызывается изменениями клеточного метаболизма, нарушениями обменных и ферментативных процессов
Нарушения в метаболизме мозга могут быть как причиной, так и следствием эпилептической симптоматики При этих сложных причинно-следственных отношениях, несомненно, играют роль как органические изменения в мозге, так и изменения биохимизма («церебропатия» и «биопатия» по Бускаино)
Нарушения клеточного метаболизма тесно, интимно связаны с патофизиологическими механизмами и находят свое выражение в определенных электроэнцефалографических данных (Сарат-джишвили П.М., Геладзе Т.Ш , Гасто Ш. и др.).
Данные электроэнцефалографии. Наряду с тонкими исследованиями обмена и структурных изменений электроэнцефалография занимает в настоящее время ведущее место в изучении сложной проблемы сущности эпилепсии, особенно в вопросах локализации эпилептогенных импульсов и вопросах нейродинамики.
В большинстве случаев1 при записи биотоков мозга больных эпилепсией наряду с искажением нормального альфа-ритма встречаются изменения в виде острых волн, пиков, характерных ком-плексов «острие—волна» (сочетание быстрого и медленного потенциала), а также медленных ритмов (тета- и дельтаволны), идущих пароксизмально, или неправильных медленных колебаний.
Наиболее отчетливо эти «эпилептоидные импульсы», или, как их еще называют, «эпилептиформные потенциалы», проявляются во время эпилептических пароксизмов, но регистрируются они и в межприпадочном периоде.
По данным ряда авторов, лишь в 5-20% всех записей биотоков мозга больных эпилепсией встречаются кривые без патологии — так называемые немые электроэнцефалограммы

Многочисленные исследователи пытались провести определенные корреляции между характером электроэнцефалограммы и клиническими формами эпилепсии Строгой закономерности обнаружено не было, но тем не менее установлено, что для случаев эпилепсии с преобладанием больших судорожных припадков характерны острые волны и пики (иглоподобные колебания), для petit mal — эпилепсии свойственны изменения в биотоках в виде комплекса «острие—волна», особенно четко регистрируемые у детей, а для приступов так называемых психических эквивалентов более всего характерно наличие медленных волн.
Электроэнцефалография не только помогает в ряде случаев провести дифференциальный диагноз приступов эпилепсии и сходных с ними пароксизмов иного происхождения (истерические припадки, фебрильные судороги у детей, приступы гипогликемии с судорожными проявлениями и т.д.), но и позволяет более точно локализовать очаг эпилептической активности, очаг эпи-лептогенных импульсов.
Помимо обычной записи биотоков мозга (так называемый фоновый ритм) при подозрении на эпилепсию обычно применяют и методы, способствующие усилению «эпилептиформных потенциалов». К этим так называемым методам активации относятся гипервентиляция и особенно дача прерывистого светового раздражения (светового мелькания). Прерывистый свет, в частности, не только вызывает усиление патологических знаков на ЭЭГ, но в ряде случаев и выявляет их при нормальной фоновой кривой. Изучение влияния прерывистого света на выявление эпилептической активности сделало понятным происхождение фотогенной

эпилепсии, когда эпилептические пароксизмы появляются у больных только при световом мелькании, обусловленном теми или иными причинами

24.3. Патологическая анатомия

Установить диагноз эпилепсии на основании только патоло-гоанатомических исследований невозможно. Вместе с тем имеются определенные данные, довольно часто встречающиеся при исследовании мозга больных эпилепсией.

При гибели больного во время припадка и особенно во время эпилептического статуса обнаруживаются набухание и отек мозга, гиперемия его, а также мелкие кровоизлияния в различных отделах мозга Помимо этих острых нарушений, констатируются и длительные, хронические изменения, причем они могут иметь двойное происхождение являться следствием того вредного фактора, который вызвал эпилепсию (травма головного мозга, ме-нингоэнцефалит, врожденные аномалии и т.д.), или появляться вследствие частых судорожных припадков, ведущих к ишемичес-ки-некротическим изменениям в нервных клетках.

Следствием предшествующих вредностей могут быть спаечные процессы в оболочках, глиозные рубцы и т.д

Наблюдаемые иногда гетеротопии серого вещества, а также наличие в первом слое коры эмбриональных клеток Кахаля—Рет-циуса говорят о врожденной аномалии мозга, способствующей повышенной судорожной готовности.

Как на следствие самих припадков указывается на гибель нервных клеток коры, изменения в мозжечке (диффузные дегенеративные изменения клеток Пуркинье, или грушевидных нейронов) и т.д. По поводу ряда патолоюанатомических признаков, довольно часто наблюдаемых при эпилепсии (например, склероз аммонова рога), нет единой точки зрения, что это причина или следствие припадков. Нет единого взгляда и на нередко наблюдаемое при эпилепсии чрезвычайное разрастание нейроглии. Глиоз может отмечаться во всех отделах, но особенно характерно разрастание глии на поверхности мозга (так называемый краевой глиоз Шаслена).

24.4. Течение и прогноз

Прогноз при эпилепсии как заболевании с хронически-про-гредиентным течением малоблагоприятен, однако иногда наблюдается и полное прекращение процесса.

Прогностически неблагоприятными признаками являются раннее начало болезни, наличие малых припадков, преобладание больших эпилептических припадков над абортивными, склон-ность их к серийности, наличие эпилептических статусов, глубокое нарушение сознания в послеприпадочном периоде, частота и тяжесть сумеречных состояний в межприступном периоде, возникновение припадков и днем и ночью.

Степень доброкачественности или злокачественности течения эпилепсии в известной степени связана с асимметрией поражения в больших полушариях головного мозга. Так, относительно благоприятное течение наблюдается при более частой унилате-ральной локализации очагового поражения, при локализации поражения в правом полушарии и задних долях головного мозга, а неблагоприятное — при преимущественном поражении головного мозга в левом полушарии, увеличении доли генерализованных поражений головного мозга с вовлечением в патологический процесс лобно-височных структур (Чуприков А.П.).

Прогноз при эпилепсии может быть неблагоприятным не только для самой личности (нарастание своеобразных изменений мышления вплоть до выраженного слабоумия, характерологические изменения), но и для жизни Больные могут погибнуть от эпилептического статуса, от несчастного случая во время припад-

ка (падение в огонь, в воду и тд.), могут покончить самоубийством во время дисфории или сумеречных состояний сознания

Дополнительные вредности (повторные травмы, резкое переутомление, инфекции, интоксикации) утяжеляют течение. Вредностью, способствующей значительному утяжелению процесса, является алкоголизм

24.5. Дифференциальный диагноз

В случаях с характерными припадками, типичными психическими нарушениями в виде пароксизмальных изменении настроения и сознания, а также при выраженных характерологических сдвигах диагноз эпилепсии не вызывает затруднений. Однако ранняя диагностика заболевания нередко сопряжена со значительными трудностями, особенно в тех случаях, когда заболевание начинается с разного рода атипичных припадков или с так

называемых психических эквивалентов.
Прежде всего такие проявления эпилепсии нужно дифференцировать с некоторыми проявлениями истерии (см. главу 10) и сумеречными состояниями сознания. Характерная для истерии де-монстративность поведения, возникновение болезненных проявлений не внезапно, как при эпилепсии, а в связи с внешними причинами, лабильность и поверхностность эмоциональных реакции больных истерией, их внушаемость могут помочь наряду с данными тщательно собранного анамнеза в дифференциальной диагностике. Следует провести и электроэнцефалографическое обследование.
Эпилепсию раннего детского возраста необходимо отличать от явной формы спазмофилии, сопровождающейся тоническими и клоническими судорогами
Дифференциально-диагностическими критериями могут быть следующие симптомы 1) определенная сезонность спазмофилии с нарастанием симптоматики с октября—ноября и максимумом ее проявлений в марте—апреле; 2) наличие при спазмофилии симптомов повышенной электро возбуди мости (симптом Эр-ба) и механической перевозбудимости (симптомы Труссо и Хвос-тека), 3) характерные для спазмофилии ларингоспазмы и особенно значительные нарушения кальциевого обмена
Большое значение имеет дифференцирование эпилепсии и заболеваний, сопровождающихся эпилептиформным синдромом. При эпилептиформной форме сифилиса головного мозга имеются типичные для сифилиса мозга анамнестические, неврологические и лабораторные данные
Интоксикации, инфекционные заболевания головного мозга, черепно-мозговые травмы и другие органические поражения цен-

тральной нервной системы могут сопровождаться эпилепти-формным синдромом. Для дифференциального диагноза в этом случае большое значение имеет время появления характерных симптомов. Если судорожные припадки, расстройства настроения, приступы сумеречного состояния сознания появляются в остром периоде травмы или во время текущего инфекционного процесса головного мозга, то это говорит о том, что это не эпилепсия, а всего лишь эпилептиформный синдром. Для дифференциального диагноза в подобных наблюдениях большое значение имеет не только тщательное клиническое обследование, но и различные лабораторные исследования. Однако в ряде случаев провести четкое различие бывает довольно трудно. Имеются наблюдения, когда с течением времени так называемая симптоматическая эпилепсия (возникшая, например, на основе травмы головного мозга) по своей клинической картине все больше приближается к эпилепсии в собственном смысле слова и теряет в конце концов всякое с ней различие. Дело здесь, по-видимому, в сложных патогенетических сдвигах, вследствие которых судорожный синдром на фоне остаточных явлений (например, травмы головного мозга или менингита) может развиться в истинную эпилепсию со всеми свой-ственными ей симптомами.
В подобных случаях, как уже отмечалось, для точной диагностики большое значение имеют не только тщательные клинические и лабораторные исследования, но и учет хроногенного фактора (клиническая картина, свойственная собственно эпилептической болезни, возникает обычно значительно позже появления только судорожного синдрома). Нельзя диагностировать эпилеп-сию только по одному припадку. Единичный припадок не обязательно показатель эпилепсии или эпилептиформного синдрома. Он может быть только единичной эпилептической реакцией (Болдырев А.И.).
24.6. Лечение и профилактика
При лечении больных эпилепсией нужно исходить из двух принципиальных положений: 1) строго индивидуально подбирать не только наиболее эффективное лекарство и его дозировку, начиная с наименьшей, но часто и смесь противоэпи-лептических средств; 2) проводить терапию длительно с постепенным изменением дозировки и ни в коем случае не обрывать лечение сразу (опасность резкого обострения вплоть до появления эпилептического статуса!).
Все лечебные мероприятия при эпилепсии можно разбить на 3 группы: 1) медикаментозная терапия, 2) правильная организация режима труда и отдыха и особенно режима питания (диетотерапия) и 3) трудотерапия.

Медикаментозная терапия. Довольно широкое применение имеет люминал (фенобарбитал). Люминал обычно назначается длительно (месяцы и даже годы), но все же следует помнить, что иногда он дает побочное действие в виде отеков, крапивницы, альбуминурии. В ряде случаев бывает помехой выраженное снотворное деис1вие люминала.

Помимо люминала, применяется также другой барбитурат — бензонал (бензобарбитал). Бензонал являе>ся более мягким средством, чем многие другие противоэпилептические препараты, он обычно не оказывает побочного наркотического или возбуждающего действия. Противопоказан при тяжелых заболеваниях печени и почек, а также при декомпенсации сердечной деятельности. Близким по строению к люминалу является и гесамидиы (маисо-лин, примидон и т.д.).

Оценка действия гексамидина может быть произведена не ранее чем через 3—5 нед от начала приема этого препарата. Гексами-дин может дать побочные действия в виде чувства опьянения, сонливости, нарушения координации, головных болей, тошноты.

Противопоказанием к назначению гексамидина являются заболевания почек, печени и кроветворной системы.

В некоторых случаях хороший эффект дает применение дифе-нина (дилантин, эпанутин, алепсин, солантил). Дифенин чаще других препаратов оказывает побочные влияния в виде головокружения, рвоты, тремора, нистагма, повышения температуры тела, кожных сыпей, желудочно-кишечных расстройств, иногда поражения печени (Болдырев А.Н.). Для смягчения действия ди-фенина в ряде случаев рекомендуется начинать лечение с люминала и лишь постепенно заменять его дифенином

На некоторых больных неплохое действие оказывает диа-карб (диамокс, фонурит), обычно в сочетании с другими препаратами.

Из сопутствующих явлений отмечается похудание (препарат вызывает усиленное выделение воды из организма). Могут быть осложнения в виде рвоты, головных болей, вялости, плохого сна или, наоборот, сонливости и т.д.

Неплохой эффект на некоторых больных оказывает хлоракон (бекламид, хибикон и др) Однако при его применении все же надо следить за функцией почек, печени и картиной крови.

Препаратом, проявляющим как противосудорожный, так и психотропный эффект, является карбамазепин (тегретол, фин-лепсин, стазепин и т.д.). Благодаря своим психотропным свойст-вам этот препарат эффективен не только при больших судорожных припадках, но и при состояниях эмоционального напряжения, дисфориях, смягчающе действует при наличии эпилептических черт характера, активирует мыслительные процессы. В еди-

ничных случаях препарат может вызвать так называемые тегрето-ловые психозы в виде делириозно-онейроидных состояний шизо-френоподобнои клинической картины, слухового галлюциноза и т.д. Иногда возникают анорексия, тошнота, рвота, сонливость, нарушения координации, аллергические реакции. Возможны также изменения крови.

Для лечения эпилепсии, проявляющейся главным образом малыми припадками и абсансами, применяются этосуксимид, морсуксимид (морфолеп), триметин (тридион, триметадион и т.д.). Может давать осложнения в виде светобоязни, кожных сыпей, сонливости или бессонницы, головных болей, поражения костного мозга (лечение триметином поэтому должно проводиться под постоянным контролем за кровью). Противопоказанием к применению триметина являются болезни кроветворных органов, а также изменения почек, печени и зрительного нерва.

Этосуксимид (суксилеп, пикнолепсин и т.д.) менее токсичен, чем триметин, однако могут быть осложнения со стороны крови, а также тошнота, рвота, головные боли, головокружения. Необходимо регулярно производить анализы крови и мочи.

Относительно новой группой противоэпилептических препаратов, применяемых при разных видах припадков, являются так называемые вальпроаты — производные вальпроевой кислоты: ацедипрол и его синонимы (конвулекс, депакин и др.). Побочные явления могут быть в виде желудочно-кишечных расстройств, аллергических реакций, ухудшения свертываемости крови, нарушения функций печени и поджелудочной железы. Поэтому необходим контроль за системой свертывания крови, деятельностью поджелудочной железы и печени.

Для лечения эпилепсии применяются также различные комбинации как противосудорожных средств, так и последних с кофеином, витаминами группы В, никотиновой кислотой и т.д.

Для купирования сумеречных состояний сознания, а также при трудностях поведения больных эпилепсией (склонность к злобным реакциям) одновременно с противоэпилептическими средствами назначается аминазин внутримышечно. При этом следует следить за артериальным давлением ввиду возможного резкого его снижения. При выраженных аффективных наруше-ниях показаны сибазон (диазепам, седуксен, валиум, апаурин), хлозепид (хлордиазепоксид, элениум, либриум), феназепам, ами-триптилин, тизерцин и т.д.

Лечение эпилепсии следует начинать с меньших доз и постепенно повышать их, отыскивая оптимальную для данного больного дозировку. При переводе больных на другой препарат

замену нужно производить также постепенно.

Если лечение эффективно (исчезновение пароксизмов), уменьшать дозу препарата следует не раньше чем через два года после последнего припадка, полностью прекращать лечение (очень постепенно!) не следует раньше чем через 5 лет.
Для купирования эпилептического статуса (грозное состояние, требующее немедленной медицинской помощи) показано как можно более быстрое внутривенное (вводить медленно при хорошей фиксации руки!) вливание диазепама (седуксен, релани-ум и т.д.). В некоторых случаях хороший эффект дает внутримышечное введение гексенала. Следует помнить, что гексенал для купирования эпилептического статуса можно вводить только детям школьного возраста. Гексенал противопоказан при нарушениях функции печени и почек, при лихорадочных состояниях, кислородной недостаточности. Иногда прибегают (для понижения внутричерепного давления) к кровопусканию или к пункции спинномозгового канала (при хорошей фиксации). В случаях, когда все указанные мероприятия не принесли эффекта, следует перевести больного на управляемое дыхание с применением локальной гипотермии головного мозга (Карлов В.А.). Из сердечных средств лучше всего вводить кордиамин и кофеин. Отдель-ный припадок не требует особой медицинской помощи. Необходимо только уберечь больного от ушибов (подложить подушку под голову или взять ее на колени) и от прикусов языка (вставить между зубами шпатель или ложку, обернутые марлей). Иногда (при отсутствии какого-либо эффекта от других видов терапии и при четком определении так называемого эпилептогенного фокуса) можно прибегнуть к максимально щадящему хирургическому удалению эпилептогенного очага.
Организация режима и диетотерапия. Правильно организованный режим и питание имеют большое значение для больных эпилепсией. С лечебной целью больным эпилепсией предлага-ется четыре вида диеты: голодная, бессолевая, с резким ограничением жидкости и так называемая кетогенная (уменьшение белков и углеводов с заменой их жирами). Практически все эти пищевые режимы, особенно в течение длительного времени, трудновыполнимы, однако больные эпилепсией должны придерживаться в еде следующих правил: 1) ограничивать жидкость, а в связи с этим не употреблять острые и соленые блюда; 2) ограничивать белковую пищу, особенно мясо, по возможности строго соблюдая молочно-растительную диету; 3) не употреблять крепких напитков (крепкий чай и кофе) и категорически исключить все алкогольные напитки.
Трудотерапия. Больным эпилепсией запрещается работать около движущихся механизмов, на высоте, у огня и воды. Однако

если эпилепсия протекает без частых приступов, то больным рекомендуется посильный физический и умственный труд Еще Авиценна отмечал положительное влияние на больных эпилепсией бега и ходьбы. Именно через трудовую деятельность, специально подобранную со строгим учетом состояния и индивидуальных особенностей больного (при исключении условии, способствующих перенапряжению и переутомлению), наиболее полно осуществляется такая важная мера, как социальная реадаптация больных эпилепсией.
Профилактика. Следует предупреждать причины, которые могут вызвать эпилепсию1 инфекционные заболевания мозга, травматические поражения, особенно родовой травматизм, и т.д Большая роль в профилактике эпилепсии принадлежит медико-генетическим консультациям
24.7. Экспертиза
Различные правонарушения, вплоть до самых тяжелых, больные эпилепсией чаще всего совершают в состоянии так называемых психических эквивалентов, особенно в состоянии сумеречного сознания. В этом случае больной считается невменяемым. Однако диагноз эпилепсии еще не определяет невменяемость Если правонарушение совершено вне приступов расстройства настроения или состояний помраченного сознания, то при определении вменяемости или невменяемости учитывается степень деградации личности. При тяжести преступления и опасности его повторения больные направляются на принудительное лечение Над больными эпилепсией с выраженным слабоумием учреждается опека.
Глава 25. ШИЗОФРЕНИЯ
Шизофрения — прогредиентное психическое заболевание, возникающее на основе наследственного предрасположения, которое имеет непрерывное или приступообразное течение и приводит к своеобразным изменениям личности в виде дезинтеграции психики, аутизма, эмоционального обеднения и снижения активности

Шизофрения занимает особое место среди всех форм психической патологии, в связи с достаточно высокой распространенностью, во многих случаях неблагоприятной динамикой, возникновением у части больных (лубокого психического дефекта и негативными социальными последствиями для личности, вплоть до утраты трудоспособности.

История учения о шизофрении восходит ко второй половине 19-го века и во многом связана с исследованиями выдающегося немецкого психиатра Э.Крепелина. Проследив судьбу больных с возникшими в подростково-юношеском возрасте клинически разными психозами (катотонией, гебефрениеи, хроническим бредом), Крепелин (1896) установил, что через несколько лет у всех больных развилось сходное состояние особого слабоумия. На этом основании он выделил новую психическую болезнь, назвав ее «ранним слабоумием». В дальнейшем границы раннего слабоумия, представления о его клинических проявлениях, вариантах течения, возможных исходах многократно пересматривались, в основном в сторону расширения. В начале 20-го столетия швейцарским психопатологом Э.Блеилером было предложено новое название болезни — «шизофрения» (буквально — «расщепление ума»), которое и закрепилось. Большой вклад в развитие учения о шизофрении внесли отечественные психиатры, особенно А.В.Снежневский, его ученики и последователи

25.1. Психопатология шизофрении

Симптоматология шизофрении многообразна и своеобразна. Проще перечислить психопатологические симптомы и синдромы, которые не характерны для шизофрении, чем те, которые встречаются часто

Одни симптомы и синдромы встречаются у многих больных шизофренией, но их диагностическая значимость относительно невелика, поскольку эти же симптомы и синдромы характерны для многих других психических заболевании (например, бред преследования). Другие выявляются далеко не у всех больных шизофренией, но достоверно возникают почти исключительно при шизофрении (разорванность мышления и речи) и являются для этой болезни па-тогномоничными, близкими к специфическим проявлениями.

Как и в общей психопатологии в целом, клинические проявления шизофрении принято разграничивать на негативные и продуктивные (позитивные)

В отечественной практике диагностика шизофрении преимущественно основывается на выявлении характерных для шизофрении негативных расстройств, особенно при значительной давности болезни На более ранних этапах шизофрении основное диагностическое значение часто имеют особенности продуктивной симптоматики (наряду с динамикой клинических проявлении)

25.1.1. Негативные симптомы шизофрении

К фундаментальным негативным проявлениям шизофрении относится схизис (интрапсихическая атаксия) Под схизисом понимают дезинтеграцию, разлаженность психики, неравномерность, мозаичность нарушений психических функции Одни психические функции могут быть грубо расстроенными, а другие, родственные, — сохранными Например, возможно тяжелое расстройство мышления и речи в виде их разорванности при достаточной сохранности памяти Конкретными проявлениями расщепления психики являются также сама разорванная речь (страдает логическая сторона речи при сохранности грамматической), переживание раздвоения «я» в рамках деперсонализации, амбивалентность (сосуществование полярных эмоции) и многие другие симптомы шизофрении Проводят аналогию между схизисом и игрой оркестра без дирижера

Еще один кардинальный симптом шизофрении — аутизм, под которым понимают ослабление связей с реальностью, чрезмерное погружение в свои внутренний мир Внешние обстоятельства мало влияют на содержание душевной жизни больною, которое определяется необычными, оторванными от повседневности мыслями, фантазиями, грезами, галтюцинаторно-бредовыми переживаниями В одних случаях больные почти полностью отгорожены от окружающего, в других — проявления аутизма ограничиваются чрезмерной склонностью к самоанализу, некоторой отстраненностью от действительности К частным проявлениям аутизма могут быть отнесены глазная интраверзия (взгляд, «устремленный в себя»), аутоэротизм

Типичные для шизофрении малообратимые эмоциональные изменения заключаются, прежде всего, в апатической окраске настроения или в глубокой апатии Часто эти изменения, в зависимости от их выраженности, называют эмоциональным притуплением или тупостью, учитывая холодность, черствость больных по отношению к близким Эмоциональная тупость иногда своеобразно сочетается с ранимостью, хрупкостью эмоций

Из других стойких аффективных изменений характерны эмоциональная неадекватность и амбивалентность
Для больных шизофренией типична патология волевых функции Особенно часто выявляются в разной степени выраженные слабость побуждении, снижение активности В одних случаях отмечается лишь некоторое ослабление стремления к деятельности, вялость (гипобулия, или снижение энергетического потенциала) В других — больные почти полностью бездеятельны Их активность в лучшем случае сводится к бессмысленному хождению, курению, удовлетворению простейших биологических потребностей (абулия)
Больные шизофренией нередко живут и действуют как бы механически, без чувства внутренней активности В соответствии со сложившимися стереотипами, они выполняют служебные, се-мейные обязанности, не пытаясь что-либо изменить к лучшему («социальный дрейф»)
С другой стороны, при общей слабости побуждений у части больных долго сохраняется профессиональная активность
Апатия и абулия сочетаются, образуя апатоабулическии, или вяло-апатический синдром, чрезвычайно характерный для шизофрении
Преимущественно у больных шизофренией возни кают такие волевые расстройства, как парабулия, амбитендентность, импульсивность
Нередко встречающаяся при шизофрении патология влечений выражается в их угнетении, усилении или извращении Больным с выраженным или грубым психическим дефектом иногда свойственны прожорливость, поедание несъедобных предметов, сексуальные отклонения, вплоть до публичного мастурбирования, нанесение телесных самоповреждении, попытки самоубийства, выполняемые необычными, мучительными способами, жестокое обращение с людьми, истязание животных и другие проявления так называемых садомазохистских тенденции
Формальные расстройства мышления, выявляемые у больных шизофренией, многочисленны и своеобразны Главным образом, при шизофрении отмечаются разорванность мышления и речи, разноплановость мышления, паралогичное мышление, аутисти-ческое мышление, символическое мышление, формальное мышление, резонерское мышление, аморфное мышление (недостаточная категоричность, уклончивость суждений), неологизмы, соскальзывания, ответы не в плоскости вопроса
Вместе с тем у значительной части больных нарушения мышления мало выражены или клинически не определяются Некоторым больным свойственны высокий уровень абстрактного мышления, нестандартность, самобытность мыслительных процессов Такие особенности мышления порой позволяют больным доби-

ваться выдающихся результатов в различных областях профессиональной деятельности. Весомая доля непреходящих общечеловеческих ценностей создана больными шизофренией Среди них есть выдающиеся математики, астрономы, физики, художники, писатели, артисты и спортсмены В качестве примеров достаточно назвать Ньютона, Ницше, Гоголя, Ван Гога.
Формальные способности памяти у большинства больных шизофренией не страдают Нередко возникающее впечатление недостаточности памяти обусловлено слабостью побуждении и эмоционального компонента памяти
Мимика у многих больных шизофренией болезненно изменена. Особенно характерны гипомимия, парамимия (вычурная, манерная мимика, гримасничанье). Возможна амимия. Иногда отсутствие лобной мимики сочетается с усиленными, странными мимическими проявлениями в нижней половине лица, что может рассматриваться как частное проявление схизиса
Психомоторике больных шизофренией нередко свойственны угловатость, неуклюжесть, неловкость, необычность движении.
Коммуникативные функции у большинства больных шизофренией в той или иной мере нарушены Чаще встречаются замкнутость, избирательная общительность, формальный контакт. В крайних случаях больные полностью нелюдимы. Они нередко бывают «квартирантами в собственном доме» Выполняя семейные обязанности (хозяйственные дела, материальное обеспечение), больные дома стремятся к уединению, не могут установить теплых отношении с членами семьи, мало интересуются их делами и заботами Вместе с тем, больные иногда оказываются в полном подчинении, зависимости от кого-либо из близких, не страдая от этого.
В учебном, служебном коллективе больные шизофренией нередко находятся на положении «белой вороны». Они остаются «чужими» для коллектива Вынужденное общение больного с ок-

ружающими бывает взаимно тягостным.
Общение врачей с больными также затруднено, часто носит формальный характер «по вине» больного. Между врачом и больным как бы существует незримая стена. Врачу бывает сложно установить доверительные отношения с пациентом, получить доступ к его внутреннему миру, вчувствоваться в переживания.
Редкая, но в основном встречающаяся при шизофрении форма контакта с окружающими — психическая обнаженность (утрированная, неуместная откровенность, порой с малознакомыми людьми)
Поведению больных шизофренией часто свойственны различного рода странности, чудаковатость, парадоксальность Странности, чудачества могут касаться самых разных сторон поведения, бытовых привычек, манеры одеваться, увлечений и интересов, профессиональной деятельности.

Больные бывают неряшливыми, запущенными в санитарно-гигиеническом отношении, неопрятными и одновременно претенциозными в одежде. Разрабатывают сложные и необычные системы мероприятий для поддержания здоровья и продления жизни. Например, постоянно пытаются задерживать дыхание, т.к. якобы на человеческую жизнь «отпущено» определенное количество дыхании. В любое время года ходят босые, полуголые. Другие занимаются бессмысленным коллекционированием, лишая семью средств существования. Третьи необычными способами выполняют профессиональные обязанности, преподаватель латыни сводит занятия со студентами к хоровому пению на латинском языке. Поступки больных шизофренией иногда носят особо абсурдный характер: аспирант проводит самокастрацию, чтобы сексуальные переживания не отвлекали от работы над диссертацией.
Следует отметить, что необычные, парадоксальные формы поведения надо использовать в диагностике шизофрении с большой осторожностью, только как дополнение к основным клини-ческим признакам, так как границы между нормальными, социально приемлемыми и аномальными формами поведения весьма зыбкие, неопределенные.
25.1.2. Продуктивная психопатологическая симптоматика
Психотические продуктивные расстройства
У многих больных шизофренией выявляются бред и галлюцинации.
Шизофренический бред отличается особой неправдоподобностью, абсурдностью содержания и часто явным несоответствием поведения тематике бредовых идей. Возможны любые варианты бреда по содержанию. Вместе с тем, ряд бредовых фабул встречается преимущественно или почти исключительно у больных шизофренией: бред реформаторский, психическою воздействия, особого значения, космический, антагонистический, чужих родителей.
Из обманов восприятия типичны псевдогаллюцинации, особенно вербальные, комментирующего или антагонистического содержания. Зрительные псевдогаллюцинации, обонятельные, тактильные, висцеральные и другие обманы восприятия бывают значительно реже.
Существенное место среди клинических проявлений шизофрении занимают психические автоматизмы, особенно идеатор-ные, которые возникают почти исключительно при этой болезни: симптом открытости, наплывы мыслей, обрывы мыслей, эхо мыслей, чужие мысли, параллельные мысли, симптом разматывания воспоминаний, транзитивизм.
Почти все галлюцинаторно-параноидные синдромы достаточно типичны для шизофрении: паранойяльный, синдром Кандинского — Клерамбо, парафренный Реже встречается вербальный галлюциноз.

Кататонические и гебефренные расстройства возникают, в основном, в рамках шизофрении Мании и депрессии бывают у больных шизофренией достаточно часто Шизофреническим маниям и депрессиям свойственен ряд особенностей У больных шизофренией преимущественно развиваются атипичные мании гневливая, непродуктивная, дурашливая, неистовая Для шизофренических депрессий характерны эндогенные качества (витальная окраска суточные колебания аффекта, сезонность возникновения) а также кататонические включения, бредовая симптоматика, не являющаяся вторичной по отношению к меланхолическому аффекту (бред преследования, воздействия) и психические автоматизмы
Состояния помраченного сознания при шизофрении бывают относительно редко У подавляющего большинства больных сознание оценивается как ясное или формально ясное Если расстройство сознания развивается, оно носит онейроидный характер В особо редких

случаях возможно аментивноподоб-ное помрачение сознания

Непсихотические продуктивные расстройства

В рамках шизофрении могут возникать любые неврозоподоб-ные и психопатоподобные нарушения тревожно-фобические, обсессивно-компульсивные истероформные, небредовая ипохондрия (в том числе сенестопатически-ипохондрический синдром), психопатоподобные состояния эксплозивного, гебоидного, тормозимого типа В одних случаях эти расстройства клинически трудно отличимы от проявлений соответствующих неврозов и психопатий В других они обладают клиническим своеобразием Так, фобиям шизофренической природы нередко свойственны необычность, нелепость содержания обрастание страхов сложными, причудливыми ритуалами Некоторые устойчивые страхи (зафязнения сумасшествия, острых предметов) в основном встречаются при шизофрении Для сенестопатий у больных шизофренией характерны вычурность, насильственная окраска патологических ощущений Хроническая деперсонализация, особенно аутопсихическая, преимущественно развивается в рамках шизофрении

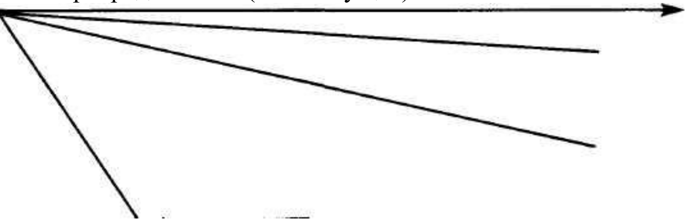
В целом клиническим проявлениям шизофрении присущи полиморфизм и атипичность, парадоксальность

К психопатологическим синдромам, которые не характерны для шизофрении, относятся все синдромы помраченного сознания, кроме онейроида (оглушение, делирий, сумеречное состояние, аменция), психоорганический синдром, эпилептиформный синдром, корсаковский симптомокомплекс и органическая де-менция

25.2. Классификация шизофрении

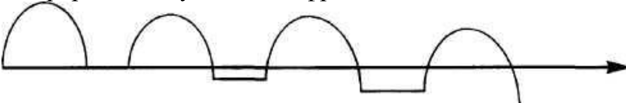
В России широко используется классификация шизофрении, основанная на типах течения, степени прогредиентности и синд-ромальнои характеристике клинических проявлений болезни Основной вклад в создание и совершенствование классификации внесли А В Снежневскии и cm школа (Наджаров РА, Тига-нов А С , Смулевич А Б идрут' И отличие от систематики шизофрении, представленной в МКЬ 10, которая основана насинд-ромальном принципе, данная классификация базируется на кли-нико-динамических критериях Она более дифференцирована, информативна, позволяет более уверенно строить клинический, социальный прогноз и планировав терапию

Малопрогредиентная (вялотекущая)

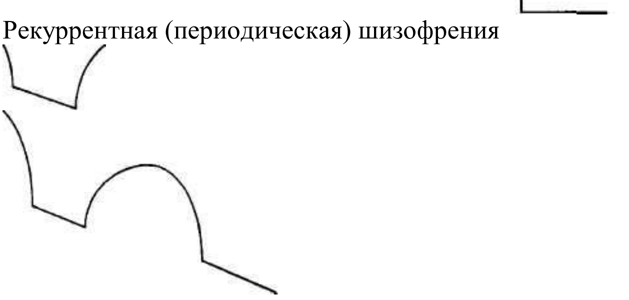


Среднепрогредиентная (параноидная) Грубопрогредиентная (злокачественная)

Непрерывнотекущая шизофрения



Рекуррентная (периодическая) шизофрения



Приступообразно-прогредиентная (шубообразная) шизофрения Рис. 3. Типы течения шизофрении (фафическое изображение)

Классификация шизофрении

I Непрерывнотекущая

шизофрения
Грубопрогредиентная (злокачественная)
Параноидная
Кататоническая
Гебефреническая
Простая
Среднепрогредиентная параноидная Малопрогредиентная (вялотекущая)
Н е врозо п одоб н ая
Психопатоподобная
Простая
II Рекуррентная(периодическая)
III Приступообразно-прогредиетная (шубообразная)
IV Особые формы шизофрении
Паранойяльная
Фебрильная
Данная классификация предусматривает выделение трех типов течения шизофрении: непрерывного, рекуррентного и приступо-образно-прогредиентного (рис. 3).
Непрерывнотекущая шизофрения включает, с учетом выраженности прогредиентных тенден-ций, грубопрогредиентный (злокачественный), среднепрогреди-ентный (параноидный по синдромальной характеристике) и мало-прогредиентный (вялотекущий) варианты.
Грубопрогредиентная шизофрения, исходя из клинических особенностей, подразделяется на параноидную, кататоническую, гебефреническую и простую формы. В рамках вялотекущей шизофрении различают неврозо-подобную, психопатоподобную и простую формы.
Предусмотрено выделение и особых форм шизофрении: паранойяльной и фебрильной.
25.3. Клинико-динамические закономерности
различных форм шизофрении 25.3.1. Непрерывнотекущая шизофрения
Эта шизофрения характеризуется неуклонно-поступательной динамикой. Степень ее прогредиентности варьирует в широком диапазоне от злокачественного до вялого течения. Бывают периоды обострения и послабления психопатологической симптоматики. Однако полноценные ремиссии не наступают. Лишь спустя много лет от начала болезни, на стадии ее стабилизации, иногда отмечается частичная редукция продуктивных и негативных расстройств.
Грубопрогредиентная (злокачественная) шизофрения Больные грубопрогредиентной шизофренией составляют 5—8% от всех больных шизофренией. Эта шизофрения начинает-

ся, как правило, в подростково-юношеском возрасте (до 20 лет). Начало болезни постепенное. В инициальном периоде появляются и медленно усиливаются признаки шизоидизации личности в виде некоторого эмоционального однообразия, снижения активности, сужения круга интересов, трудностей общения, чудаковатости, странностей поведения.
Далее наступает манифестация психоза. Возникают и быстро нарастают разнообразные продуктивные психотические расстройства: кататонические, гебефренные, галлюцинаторно-параноидные. Параллельно быстро прогрессируют негативные изменения личности: апатия, снижение энер1етического потенциала, аутизм, формальные расстройства мышления.
Клиническая картина характеризуется не только полиморфизмом, тяжестью, но и изменчивостью, синдромальной незавершенностью симптоматики. На основе преобладания тех или иных продуктивных расстройств различают злокачественную ка-татоническую, гебефреническую, параноидную и простую формы грубопрогредиентнои шизофрении.
При кататонической форме доминирует л юцидная (безонейро-идного помрачения сознания) кататония в виде субступора, прерывающегося эпизодами кататонического возбуждения. Галлюцина-торно-параноидные расстройства находятся на втором плане.
Гебефреническая форма проявляется нелепо-дурашливым поведением, эйфорией, грубыми, жестокими шутками, кривляни-ем, гримасничаньем, разорванной речью, расторможенностью влечений, неряшливостью. Кататонические и галлюцинаторно-бредовые расстройства возникают эпизодически.
Для параноидной формы злокачественной шизофрении характерны несистематизированный бред преследования, воздействия, величия, непостоянные вербальные псевдогаллюцинации, психические автоматизмы. Эта симптоматика сочетается с ката-тоническими эпизодами. Проследить типичный стереотип развития хронического бреда в виде последовательной смены паранойяльного, параноидного и парафренного синдромов у больных злокачественной параноидной шизофренией обычно не удается.

При злокачественной простой форме состояние определяется неуклонно нарастающими негативными расстройствами: эмоциональной тупостью, бездеятельностью, аспонтанностью, нарушениями речи, вплоть до речевой разорванности. Формируется тяжелый апато-абулический синдром. Временно могут появляться кататонические, галлюцинаторно-параноидные расстройства.
Динамика злокачественной шизофрении катастрофическая. Современные методы терапии в большинстве случаев не позволяют добиться не только ремиссии, но и сколько-нибудь стойкой приостановки эндогенного процесса. В течение 2—5 лет наступа-

ет конечное состояние: своеобразное шизофреническое слабоумие в форме эмоционально-волевого опустошения, грубых расстройств речи, влечений, поведения. Глубокий эмоционально-волевой дефект сочетается с остаточной кататонической, галлюци-наторно-параноидной симптоматикой. Конечное состояние сохраняется всю последующую жизнь.
Среднепрогредиентная параноидная шизофрения
Эта форма шизофрении чаще всего развивается в возрасте от 25 до 40 лет.
Начало болезни медленное. Инициальный период, продолжающийся часто многие годы, характеризуется появлением фобий, обсессий, сенестопатий, отрывочных бредовых идей. Уже в инициальном периоде нередко выявляются негативные изменения личности. В дальнейшем наступает манифестация болезни. Ее прогрессирование в типичных случаях проходит несколько последовательных этапов: паранойяльный, параноидный и пара-френный. Нередко выделяют еще один, заключительный этап: распад галлюцинаторно-параноидных расстройств и выявление грубого психического дефекта.
На манифестном (паранойяльном) этапе постепенно или остро (по типу «озарения») возникает систематизированный бред ревности, преследования, сутяжный, изобретательства или реформаторства, который медленно прогрессирует в течение нескольких лет. На следующем, параноидном этапе возникают вербальные галлюцинации, постепенно трансформирующиеся в псевдогаллюцинации. Появляются психические автоматизмы и чувственный бред воздействия. В итоге формируется синдром Кандинского—Клерам -бо (синдром психического автоматизма). Наступление парафрен-ного этапа выражается в присоединении к проявлениям синдрома психического автоматизма фантастического бреда величия.
Параллельно с прогрессированием хронических галлюцинаторно-параноидных расстройств постепенно нарастают негативные изменения личности. На заключительном этапе негативные расстройства достигают степени глубокого психического дефекта. Галлюцинаторно-бредовые расстройства утрачивают синдро-мальную завершенность, распадаются. Конечное состояние при параноидной шизофрении характеризуется сочетанием апато-абулического симптомокомплекса, остаточных галлюцинаторно-бредовых проявлений и шизофазии (комбинация симптома монолога, т.е. спонтанной многоречивости, и разорванной речи).
Следует отметить, что в некоторой части случаев течение параноидной шизофрении бывает более благоприятным Болезнь останавливается в своем развитии на парафренном этапе. Изменения личности не носят выраженного характера. Поведение

больных остается относительно упорядоченным, несмотря на массивность галлюцинаторно-параноидных расстройств.
Малопрогредиентная (вялотекущая) шизофрения
Вялотекущая шизофрения составляет от 17 до 35% всех учтенных случаев шизофрении и занимает второе место по частоте после приступообразно-прогредиентной формы.
Это непсихотическая или субпсихотическая форма шизофрении с относительно благоприятным течением. Характеризуется крайне медленным прогрессированием дефицитарных изменений личности, никогда не достигающих степени шизофренического слабоумия, и столь же медленным, вялым развитием продуктивной симптоматики непсихотического или субпсихотического регистра.
Начало болезни часто настолько незаметное, постепенное, что его сроки установить не удается. Появляются и очень медленно нарастают некоторое эмоциональное однообразие, определенное снижение активности, аутистические тенденции, сужение круга интересов, отдельные странности, чудачества в поведении, резонерская окраска, витиеватость мышления и речи. Столь же постепенно прогрессируют те или иные продуктивные непсихотические расстройства: фобии, обсессии, истеропо-добная симптоматика, деперсонализация, сенестопатически-ипохондрические расстройства, хроническая субдепрессия, сверхценные интересы и увлечения

или стойкие нарушения поведения возбудимого, истерического, психастенического типа. Эпизодически могут возникать отрывочные бредовые идеи, галлюцинации, отдельные психические автоматизмы.
В зависимости от преобладания продуктивной симптоматики, напоминающей проявления неврозов, или сходных с психопатиями стойких расстройств поведения, различают неврозоподоб-ный и психопатоподобный варианты вялотекущей шизофрении.
У некоторых больных картина шизофрении определяется негативными изменениями личности, продуктивные нарушения могут возникать лишь эпизодически, в рудиментарном виде (вя-лотекущая простая шизофрения).
25.3.2. Рекуррентная (периодическая) шизофрения
Эта форма шизофрении течет в виде клинически очерченных приступов продуктивных психических расстройств и приводит, как и вялотекущая шизофрения, к неглубоким изменениям личности.
Приступы рекуррентной шизофрении имеют разную клиническую структуру.
Аффективные приступы проявляются депрессией или манией разной степени выраженности.
Аффективно-параноидные приступы тоже бывают двух видов: депрессивно-параноидные и маниакально-параноидные. Расст-

ройства настроения при этих приступах сочетаются с бредом воздействия, инсценировки, антагонистическим бредом, иногда с бредом величия, а также с психическими автоматизмами, ложными узнаваниями, вербальными псевдогаллюцинациями
При онейроидно-кататонических приступах кататонический ступор или субступор, прерываемый эпизодами кататонического возбуждения, сосуществуете онейроидным помрачением сознания.
Иногда приступы периодической шизофрении длятся всего несколько дней, чаще они продолжаются от нескольких недель до нескольких месяцев. Количество их тоже варьирует в широком диапазоне. Некоторые больные переносят в течение жизни всего один приступ, другие несколько, третьи более десяти приступов. У одних больных все приступы имеют сходную клиническую картину (однотипные приступы). У других — возникают клинически разные приступы. При этом удается проследить типичные тенденции в видоизменении приступов, первые онейро-идно-кататонические приступы сменяются аффективно-бредовыми и далее — аффективными, или выявляется обратная последовательность видоизменения приступов (от аффективных к онейроидно-кататоническим).
Выделяют особую разновидность рекуррентной шизофрении — циркулярную шизофрению, при которой возникают только аффективные (маниакальные, депрессивные) приступы и которую бывает трудно отграничить от маниакально-депрессивного психоза
После первого, второго приступа часто не удается выявить какие-либо изменения личности. Последующие приступы в большинстве случаев сопровождаются легкими негативными измене-ниями личности, которые несколько усиливаются от приступа к приступу, но никогда не достигают степени выраженного психического дефекта. У некоторых больных после одного — двух приступов наступает стойкая, длящаяся десятилетиями интермиссия, при которой какие-либо последствия перенесенного психоза не определяются. Такие интермиссии квалифицируют как практическое выздоровление.
Следует отметить, что часть отечественных и зарубежных психиатров выделяют случаи рекуррентной шизофрении с наиболее благоприятным течением (не приводящие к клинически определяемым изменениям личности) в особую группу шизоаффектив-ных психозов и отводят им промежуточное положение между шизофренией и маниакально-депрессивным психозом.
25.3.3. Приступообразно-прогредиентная (шубообразная) шизофрения
Шубообразная шизофрения (schub — сдвиг, нем.) — самая час-гая среди всех форм шизофрении. Сущность приступообрано-про-

гредиентного типа динамики шизофрении заключается в совмещении двух вариантов течения — непрерывного и периодического
В инициальном периоде появляются и постепенно прогрессируют типичные для шизофрении негативные изменения личности, а в части случаев и продуктивная симптоматика в виде навяз-чивостей, деперсонализации, сверхценных или паранойяльных идей. Далее возникают манифестный и последующие приступы в виде преходящих, качественно новых, по отношению к перманентной симптоматике, расстройств. Приступы шубообразной шизофрении отличаются

особым клиническим разнообразием. Выделяют острые паранойяльные, острые параноидные, катато-но-гебефренные, кататоно-депрессивные, депрессивно-галлюцинаторные, депрессивно-обсессивные и другие приступы. Каждый приступ сопровождается личностным сдвигом, т.е. углублением негативных изменении личности и усилением постоянных продуктивных нарушений

У части больных шубообразной шизофренией негативные изменения личности и хронические продуктивные расстройства медленно прогрессируют и в интервалах между приступами. Степень прогредиентности шубообразной шизофрении, глубина формирующегося психического дефекта значительно варьируют. В одних случаях шубообразная шизофрения близка к злокачественной форме и в итоге завершается конечным состоянием (шизофреническим слабоумием), в других — по малой выраженности прогредиентных тенденций она близка к вялотекущей шизофрении и приводит к неглубокому личностному дефекту Большинство случаев шубообразной шизофрении занимает промежуточное положение между этими крайними вариантами.

25.3.4. Особые формы шизофрении

Паранойяльная шизофрения

Сущность паранойяльной шизофрении заключается в возникновении и многолетнем существовании систематизированного бреда. У одних больных бред развивается остро — по типу «озарения», у других постепенно — на основе предшествующих сверхценных идей. Клинические проявления паранойяльной шизофрении обладают значительным сходством с паранойяльным этапом параноидной шизофрении, описанным выше Отличие состоит в том, что при паранойяльной шизофрении картина болезни на всем ее протяжении ограничивается систематизированным бредом. Перехода паранойяльного синдрома в параноидный не происходит.

Паранойяльная шизофрения проявляется бредом преследования, физического недостатка, ипохондрическим, изобретательским, реформаторским, религиозным, сутяжным бредом. У мно-

гих больных бред монотематичен Патологические идеи прогрессируют крайне медленно Спустя десятилетия бред может подвергнуться частичному обратному развитию, сохраняясь в виде рези-дуальных или «инкапсулированных» (в значительной мере утративших актуальность) бредовых идей Типичные для шизофрении негативные изменения личности удается выявить не всегда

Фебрильная шизофрения

Фебрильной шизофренией (смертельной кататонией, гипертоксической шизофренией) называют острые приступы онейро-идной кататонии в рамках рекуррентной и приступообразно-прогредиентной шизофрении, сопровождающиеся гипертермией и другими соматическими расстройствами Наряду с кататонией в виде ступора или возбуждения, возникают подъемы температуры тела до 38—40°С длительностью до 2 недель Температурная кривая не соответствует типичным колебаниям температуры при соматических и инфекционных заболеваниях Отмечаются сухость слизистых, гиперемия кожи, кровоподтеки, иногда буллезные высыпания, изъязвление кожных покровов

В наиболее тяжелых случаях на высоте приступа онейроидное помрачение сознания сменяется аментивноподобным с глубокой дезориентировкой, бессвязным речевым и однообразным двигательным возбуждением, ограниченным постелью Возможно появление хореиформных гиперкинезов

Обычно через несколько недель наступает ремиссия В редких случаях возможен летальный исход Иногда больной переносит несколько приступов фебрильной шизофрении

25.4. Возрастные особенности шизофрении 25.4.1. Особенности шизофрении у детей и подростков

Шизофрения у детей и подростков возникает в несколько раз реже, чем в более старших возрастных группах При начале шизофрении в детско-подростковом возрасте в результате взаимовлияния процессов психического развития (онтогенеза) и эндогенного заболевания, с одной стороны, замедляется и искажается онтогенез, а с другой, — клиника и исходы шизофрении приобретают существенное своеобразие

В целом для детской шизофрении и, в меньшей степени, для подростковой характерны рудиментарность, стертость, незавершенность клинических проявлений Основные особенности негативной симптоматики у детей заключаются в сочетании эмоционального обеднения или опустошения, снижения активности, ау-тистических проявлений с асинхрониями, неравномерностью психического развития Шизофренический дефект приобретает сход-

ство с олигофренией (олигофреноподобный дефект) При начале шизофрении в пубертатном возрасте в структуру негативных изменений личности входят признаки дисгармонического психического инфантилизма (дефект по типу психического инфантилизма)

Продуктивные расстройства в детском возрасте чаще выражаются в диффузных, недифференцированных страхах, синдроме двигательной расторможенности, патологическом фантазировании

У подростков, наряду с продуктивной симптоматикой, характерной для более старших возрастов, но представленной в незавершенном виде, продуктивные расстройства часто проявляются сверхценнои и бредовой дисморфоманиеи, вторичной анорекси-ей, философической интоксикацией (чрезмерным и непродуктивным интересом к абстрактным проблемам), другими сверхценными интересами и увлечениями, деперсонализацией, пато-логичностью пубертатного криза и психопагоподобными расстройствами Для мальчиков особенно характерен гебоидный вариант психопатоподобного поведения в виде грубости, жестокости, садистических тенденций, сексуальной расторможенности, склонности к пьянству, употреблению наркотиков и к антисоциальным поступкам

При шизофрении с началом в детском и подростковом возрасте используется та же классификация, что и при шизофрении, развивающейся в более старшем возрасте

Злокачественная шизофрения у детей обычно начинается до 7 лет Для нее характерны выраженное преобладание негативных проявлений над продуктивными, особенно быстрое (в течение 1—2 лет) формирование конечного состояния, которое выражается в остановке и регрессе психического развития и поведения Речь утрачивает функцию общения Больные становятся крайне неряшливыми Возобновляется энурез Растормаживаются примитивные формы поведения Больные перестают ходить и вновь начинают ползать, лакают из посуды, как животные, издают нечленораздельные звуки Конечное состояние по тяжести и особенностям клинических проявлений сходно с олигофрениями тяжелых степеней

Параноидная шизофрения для детей нехарактерна Если она развивается, то до 10—12 лет проявляется бредоподобными фантазиями и страхами, немотивированным враждебно-злобным отношением к родителям, отрывочными идеями преследования, отравления Позднее развиваются более очерченные бредовые и галлюцинаторные расстройства

При начале параноидной шизофрении в пубертатном возрасте на ранних этапах болезни часто возникают философическая интоксикация, сверхценные идеи или бред физического недостатка, вторичная анорексия

Вялотекущая шизофрения у детей — одна из самых частых форм болезни. На первый план выступают относительно неглубокие негативные расстройства и признаки психического, а иногда и физического дизонтогенеза. Отдельные психические функции могут формироваться опережающими темпами, по сравнению с возрастной нормой, например — абстрактное мышление, счетные, музыкальные способности (дети-вундеркинды). В процессе взросления опережающее развитие этих способностей часто нивелируется или сменяется отставанием. Продуктивная симптоматика выражается в заумных интересах, аутистических фантазиях, страхах, рудиментарных двигательных расстройствах.

У подростков вялотекущая шизофрения проявляется утриро-в-анным пубертатным кризом, деперсонализацией, дисморфофобией, психопатоподобным поведением гебоидного типа. Постепенно начинают доминировать негативные расстройства. Формируется неглубокий личностный дефект по типу психического инфантилизма.

Рекуррентная шизофрения у детей возникает редко. Приступы рудиментарны и атипичны: проявляются немотивированными страхами, вегетативными кризами с головной болью, гипер-термией, диспепсией или расстройствами, напоминающими делирий. В пубертатном периоде приступы бывают более оформленными и тяжелыми: атипичные депрессии, депрессивно-бре-довые, иногда онейроидно-кататонические расстройства.

Рекуррентная шизофрения с началом в детстве и отрочестве приводит к относительно неглубоким изменениям личности с чертами инфантилизма или олигофреноподобным проявлениям на уровне дебильности.

Приступообразно-прогредиентная шизофрения — одна из самых частых форм у детей и подростков. В детстве приступы бывают стертыми: аффективными, аффективными с рудиментарным бредом, фобиями. У подростков приступы более развернутые, вплоть до кататоно-бредовых, кататоно-гебефренных. Исходы этой формы варьируют от слабоумия,

напоминающего тяжелые степени олигофрении, до олигофреноподобного дефекта типа дебильности.

25.4.2. Шизофрения с началом в позднем возрасте

Шизофрения развивается после 50 лет сравнительно редко. Среди форм шизофрении преобладает параноидная. Реже возникает приступообразная шизофрения. Возможность манифестации у пожилых вялотекущей и злокачественной форм сомнительна.

В целом поздней шизофрении свойственна стертость, атипич-ность симптоматики, ее возрастная окраска, относительно благоприятное течение.

Параноидная шизофрения проявляется мелкомасштабным бредом материального ущерба, ревности, отравления, ипохондрическим. Вербальные галлюцинации сочетаются с обонятельны-ми и тактильными. Из психических автоматизмов в основном выявляются сенестопатические.

Для приступообразной шизофрении особенно характерны затяжные тревожные, бредовые и ипохондрические депрессии. Реже возникают атипичные мании.

В межприступных промежутках сохраняются аффективные колебания, резидуальные бредовые нарушения.

Шизофрения с поздним началом, как правило, не приводит к глубокому психическому дефекту. Негативные изменения личности, в значительной мере, нивелируются, перекрываются стойкими психическими изменениями сосудисто-возрастного генеза.

25.5. Рубрификация шизофрении в МКБ-10

В МКБ-Ю шизофрения входит в раздел «Шизофрения, шизо-типические и бредовые расстройства». Границы шизофрении существенно сужены. Подраздел «Шизофрения» включает бредовую, кататоническую, гебефреническую, простую формы болезни, не-дифференцированную шизофрению и остаточную шизофрению (длительно сохраняющаяся негативная симптоматика после одного или нескольких психотических приступов с характерными для шизофрении клиническими признаками). Предусмотрено также выделение «другого типа» шизофрении, включающего «детский тип», к которому отнесены случаи шизофрении с ранним началом и олигофреноподобным дефектом. Отражение в диагнозе варианта течения шизофрении возможно, но не обязательно.

Вялотекущие неврозоподобная и психопатоподобная формы шизофрении выведены за рамки подраздела «Шизофрения». Их диагностика допускается в качестве разновидностей «шизотипи-ческого расстройства» — длительного непсихотичекого расстройства, проявления которого имеют клиническое сходство с шизофренией, однако типичные (согласно МКБ-Ю) симптомы шизофрении отсутствуют.

Кратковременные (до одного месяца) галлюцинаторно-бредо-вые, аффективно-бредовые психозы с характерными, в большей или меньшей степени, для шизофрении клиническими признака-' ми в МКБ-Ю классифицируются в особых подразделах как «острые полиморфные расстройства с симптомами шизофрении», «острое шизофреноподобное психическое расстройство» или «шизо-аффективные расстройства». При длительности таких психозов более одного месяца диагноз меняется на «приступообразную шизофрению». Это понятие соответствует совокупности периодической и шубообразной шизофрении в отечественной классификации.

25.6. Этиология и патогенез

Шизофрению относят к болезням наследственного предрасположения, реализации которого часто, но не всегда способствуют различные внешние вредности

О значении наследственной отягощенности в развитии шизофрении, прежде всего, свидетельствуют многочисленные клини-ко-генетические исследования Такие исследования показали, что среди кровных родственников больных шизофренией доля лиц, также страдающих шизофренией или являющихся шизоидными психопатами, существенно выше, чем среди родственников здоровых людей Известно, что если один из однояйцевых близнецов за-болевает шизофренией, то вероятность возникновения этой же болезни у второго составляет 70%, а, по некоторым данным, 90% Вместе с тем, до сих пор еще не определен тип наследования шизофрении, неизвестна ее молекулярно-генетическая основа.

Определенное значение в развитии шизофрении придается преморбидным особенностям личности. Значительная часть больных шизофренией до начала заболевания обладают шизоид-ными свойствами разной степени выраженности.

Фактор пола существенного влияния на возникновение шизофрении не оказывает

распространенность шизофрении среди мужчин и женщин одинакова. В то же время у женщин течение болезни в целом более благоприятное, доля приступообразных форм шизофрении у них выше, тогда как у мужчин выше доля не-прерывнотекущих форм.
Неблагоприятным внешним воздействиям ситуационного и биологического порядка отводится провоцирующая, «выявляющая» роль в развитии шизофрении. Среди таких провоцирующих факторов особенно актуальны острый эмоциональный стресс, острые соматические и инфекционные заболевания, черепно-мозговые травмы, роды, в том числе физиологические. Психологические и биологические вредности часто предшествуют манифестации шизофрении. Однако у значительной доли больных шизофрения возникает «спонтанно» (без предшествую-щих стрессовых воздействии).
Шизофрения нередко развивается на измененной биологической или социально-психологической «почве» (церебрально-органическая недостаточность, алкоголизм, наркомании, затяжные соматические заболевания, хронические психотравмирующие ситуации). В основном признается патопластическое влияние измененной биологической и социально-психологической почвы, те. влияние на клиническое оформление шизофрении и, в известной мере, на ее динамику. Вместе с тем, нельзя исключить и определенного участия этих изменении в выявлении болезни

Патогенез шизофрении фактически остается неясным, хотя проведены тысячи исследований этой проблемы.
К настоящему времени у больных шизофренией выявлены многообразные патологические изменения разной степени постоянства и достоверности на нейрофизиологическом, биохими-ческом, анатомическом, клеточном уровне. Однако сформулировать и убедительно обосновать концепцию патогенеза шизофрении не удается.
Из изменений биоэлектрической активности особенно часто обнаруживают угнетение альфа-ритма Многочисленны гипотезы, объясняющие патогенез шизофрении с позиции нарушенного функционирования тех или иных неиромедиаторных систем (норадренергической, серотонинергической, ГАМК-ержческой). Наибольшее распространение получила дофаминовая концепция, в соответствии с которой усиление активности дофаминер-гическои системы в одних структурах мозга и ее угнетение в других является ведущим или одним из ведущих патогенетических механизмов шизофрении.
Обнаружены многообразные патоморфологические изменения в различных мозговых структурах. Выявлено некоторое увеличение объема желудочков мозга у больных шизофренией. Найдены различные патологические изменения в нейронах, особенно 3, 5, 6-го слоев коры головного мозга. Однако связать с этими и другими изменениями патогенез шизофрении пока не удается.
Весьма распространены представления об эндотоксической, токсико-гипоксическои, дистрофической энцефалопатии как па-томорфологическои основе шизофрении
25.7. Диагноз и дифференциальный диагноз
В диагностике шизофрении и ее отграничении от клинически сходных других психических заболевании важную, часто решающую роль играет выявление характерных для шизофрении негативных изменений личности. Возникновение и нарастание эмоционального обеднения, гипобулии, интравертированности, дезинтеграции психики, трудностей общения, своеобразных расстройств мышления — кардинальный диагностический признак шизофрении. Шизоидизация личности часто предшествует манифестации шизофрении, что является существенным критерием ее отграничения от других психозов
Вместе с тем, у части больных на ранних этапах шизофрении, включая манифестный, негативные изменения личности отсутствуют или «перекрываются» продуктивной симптоматикой В этих случаях ведущее диагностическое значение приобретают клини-ко-динамические особенности продуктивных психических расстройств, часть из которых типична для шизофрении и редко ветре-

чается или почти не встречается при других психических заболеваниях Перечень этих расстройств представлен выше в разделе 25 1 «Психопатология шизофрении»
При дифференциальной диагностике шизофрении принимают во внимание такие присущие клиническим проявлениям этой болезни свойства, как необычность, вычурность, парадоксаль-ность, атипичность (для шизофрении «типично все атипичное»)
Параноидную шизофрению необходимо, прежде всего, отграничивать от алкогольного бреда

ревности, преследования и инволюционных параноидов
Первые приступы аффективно-параноидной и галлюцинатор-но-параноиднои структуры в рамках рекуррентной и шубообраз-нои шизофрении дифференцируют с психозами экзогенно-орга-ническои, соматической этиологии, реактивными параноидами
Особенно сложным бывает разграничение циркулярной шизофрении и маниакально-депрессивного психоза (МДП) Учитываются ограниченность возможных проявлении депрессии и маний в рамках МДП и отсутствие при нем личностных изменений в межприступных промежутках При циркулярной шизофрении депрессии и мании, в той или иной мере, атипичны, часто удается обнаружить в их структуре дополнительные симптомы, исключающие диагноз МДП (отдельные психические автоматизмы, рудиментарные идеи преследования, воздействия, отрывочные галлюцинаторные феномены) Со временем выявляются неглубокие, но характерные для шизофрении изменения личности
Трудной и длительной бывает дифференциальная диагностика вялотекущей неврозоподобной шизофрении с неврозами и психо-патоподобной шизофрении — с психопатиями Симптоматика неврозоподобной шизофрении, в отличие от невротических проявлений, не обнаруживает устойчивых временных и содержательных связей с психотравмирующей ситуацией Ей свойственны больший полиморфизм, сочетание малосовместимых расстройств, наличие субпсихотических эпизодов Изменения личности, возникающие при хронических неврозах (в рамках невротического развития), отличаются от шизофренического дефекта Формируются психопатические черты, которые обычно соответствуют преморбидным психологическим особенностям и клинической форме невроза Так, у больных неврозом навязчивых состояний появляются психастенические свойства личности, у больных истерическим неврозом — истерические патохарактерологические особенности
Поведенческие нарушения у психопатов проявляются во многих случаях раньше, чем психопатоподобная симптоматика у больных шизофренией Клиническая картина психопатоподоб ной шизофрении более динамична, обнаруживает тенденцию !

прогрессированию, включает симптомы, несвойственные психопатиям Аномальные формы поведения у больных шизофренией носят более грубый, одиозный характер и сочетаются с характерными негативными изменениями личности
25.8. Распространенность
Распространенность шизофрении, по данным разных исследовании, колеблется от 1,9 до 11 человек на 1000 населения, те от 0,19 до 1,1 % Чаще всего называются показатели 4—8 больных шизофренией на 1000 населения У детей до 12 лет болезненность шизофренией в несколько раз ниже (0,17—0,4 на 1000) Самые высокие показатели распространенности шизофрении (ог8до 11 человек на 1000) приходятся на возраст от 18 до 44 лет
25.9. Прогноз
Прогноз шизофрении варьирует в широком диапазоне и, в первую очередь, зависит от типа ее течения, конкретной клинической формы
Злокачественная шизофрения всегда приводит к конечному состоянию, приравниваемому по тяжести к деменции (шизофреническое слабоумие) Больные в конечном состоянии, за редкими исключениями, не удерживаются дома и постоянно находятся в стационарах или психоневрологических интернатах Все они становятся инвалидами первой группы
Клинический и социальный прогноз у большинства больных параноидной шизофренией также неблагоприятен Часть из них на отдаленных этапах эндогенного процесса удерживаются дома, но нетрудоспособны, не только вследствие хронической галлю-цинаторно-параноидной симптоматики, но и в результате выраженности эмоционально-волевого дефекта, формальных расстройств мышления У меньшей части больных параноидной формой развивается относительно неглубокий психический дефект В таких случаях возможна длительная сохранность частичной трудоспособности и приемлемого уровня социальной адаптации
Прогноз шубообразной шизофрении зависит от темпа нарастания личностных изменений, тяжести, длительности и частоты приступов Прогностически неблагоприятна шубообразная шизофрения с быстро формирующимся психическим дефектом, который со временем становится близким по глубине к конечным состояниям у больных злокачественной шизофренией Относительно благоприятный прогноз имеет шубообразная шизофрения, у которой про-гредиентные тенденции сходны с таковыми при вялотекущей шизофрении, а приступы редкие, с симптоматикой непсихотического уровня Остальные случаи шубообразной шизофрении в прогностическом отношении занимают промежуточные позиции между двумя вышеназванными крайними вариантами

Рекуррентная шизофрения в целом имеет достаточно благоприятный медицинский и социальный прогноз, вследствие малой выраженности негативных изменений личности или их отсутствия (стойкая интермиссия, или практическое выздоровление). Вместе с тем, необходимо отметить, что фебрильные приступы могут привести к летальному исходу. Тяжесть, длительность или частое возникновение приступов рекуррентной шизофрении становятся причиной нарушения социальных связей и инвалидиза-ции больных.
К прогностически относительно благоприятным формам относится вялотекущая шизофрения. Негативные изменения личности неглубоки даже спустя много лет от начала болезни. Многие больные вполне трудоспособны и по формальным показателям достаточно адаптированы в социальной среде. Эпидемиологические психиатрические обследования значительных контин-гентов общего населения показали наличие больных вялотекущей шизофренией, которые никогда не обращаются за психиатрической помощью и не рассматриваются окружающими как психически больные, хотя и считаются людьми трудными в общении, чудаковатыми, странными. Вместе с тем, обильные и стойкие фобии, обсессии, двигательные навязчивости, деперсонализация, хроническая субдепрессия, более выраженные изменения личности становятся у части больных источником частичной или полной утраты трудоспособности.
К общим прогностически малоблагоприятным признакам при шизофрении относятся:
наследственность, отягощенная шизофренией или шизоидной психопатией;
преморбидные шизоидные свойства личности;
патологически измененная почва в виде церебрально-органической недостаточности;
неблагоприятная микросоциальная ситуация (одиночество, хронические семейные или служебные конфликты);
раннее начало шизофрении;
спонтанная манифестация болезни (без предшествующих острых эмоциональных или биологических стрессов);
постепенное, а не острое развитие клинических проявлений;
преобладание негативных расстройств над продуктивными;
наличие люцидно-кататонической, гебефренной симптоматики, хронического вербального галлюциноза.
25.10. Лечение и реабилитация
В лечении больных шизофренией используются практически все методы биологической терапии и большинство методов психотерапии.

25.10.1. Биологическая терапия
Ведущее место в биологическом лечении шизофрении принадлежит психофармакотерапии. Основные используемые классы психотропных средств — нейролептики и антидепрессанты. Препараты других классов применяются реже.
При злокачественной шизофрении назначают высокие дозы наиболее мощных нейролептиков с общим антипсихотическим действием (мажептил, азалептин, клопиксол, аминазин) с целью приостановить прогрессирование болезни и смягчить ее проявления. Однако терапия, как правило, оказывается недостаточно эффективной.
При параноидной шизофрении используют нейролептики-антипсихотики (галоперидол, трифтазин. рисполепт, азалептин, флюанксол). После улучшения состояния, частичной редукции галлюцинаторно-бредовых расстройств проводят длительную (обычно многолетнюю) поддерживающую терапию, часто теми же препаратами, но в меньших дозах. Нередко применяются инъекционные депонированные формы нейролептиков (галоперидол деканоат, модитен-депо, флюанксол-депо). В первые один-два года после развития галлюцинаторно-параноидных расстройств возможно проведение инсулинокоматозной терапии (с согласия больного или его родственников). Особой резистентностью к терапии обладают паранойяльный синдром и хронический вербальный галлюциноз.
Длительное использование нейролептиков нередко приводит к непереносимости больным препаратов, преимущественно в виде неврологических побочных эффектов и осложнений (нейролеп-сия, поздние дискинезии). В этих случаях должны применяться нейролептики, не вызывающие или почти не вызывающие побочных неврологических действий (лепонекс, рисполепт, зипрекса).
При рекуррентной и приступообразно-прогредиентной шизофрении выбор препаратов определяется синдромальной структурой приступов. Больным с депрессивными приступами

показаны наиболее активные антидепрессанты (амитриптилин, мелипра-мин, анафранил), которые обычно сочетают с невысокими дозами нейролептиков, не обладающих депрессогенным действием (трифтазин, этаперазин, рисполепт). У больных с депрессивно-параноидными состояниями применяют ту же комбинацию препаратов, но дозы нейролептиков должны быть значительными или высокими. При неэффективности вышеназванных антиде-прессантов могут быть назначены золофт, рекситин, паксил или другие тимоаналептики из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина. Маниакальные приступы чаще всего лечат галоперидол ом, топралом, лепонексом в сочетании с окси-

бутиратом или карбонатом лития Те же препараты используют у больных с маниакально-бредовыми состояниями

При онейроидной кататонии назначают нейролептики с растормаживающим эффектом (мажептил флюанксол, рисполепт, эглонил) В случае неэффективности нейролептиков показана электросудорожная терапия

У больных с психомоторным возбуждением в структуре разных приступов используют инъекционные нейролептики с затормаживающими свойствами (клопиксол-акуфаз, аминазин, тизер-цин, галоперидол, топрал)

Лечение фебрильнои шизофрении по возможности проводят в реанимационных отделениях Применяют активную дезинтоксикацию, включая гемосорбцию, гемодез, а также симптоматическую терапию и иногда аминазин В случаях особой тяжести состояния, по витальным показаниям, проводят ЭСТ

В межприступных интервалах осуществляется амбулаторная терапия для стабилизации ремиссии и предупреждения новых приступов Часто применяются те же препараты, что во время приступов, но в меньших дозах При высоком удельном весе аффективных расстройств в структуре приступов назначают на длительное время нормотимики (карбонат лития, финлепсин, валь-проат натрия)

Медикаментозное лечение вялотекущей шизофрении проводится сочетанием малых или средних доз нейролептиков — анти-психотиков или нейролептиков с более мягким действием (сона-пакс, неулептил) и антидепрессантов Во многих случаях назначают и транквилизаторы

При вялотекущей шизофрении с преобладанием фобий и обсессий назначают транквилизаторы-седатики (алпразолам, феназепам, лоразепам, реланиум), высокие дозы антидепрессантов и умеренные — нейролептиков

В последние годы появилась возможность смягчать проявления психического дефекта Такая способность обнаружена у ряда нейролептиков (флюанксол, рисполепт, зипрекса, эглонил)

25.10.2. Психотерапия и социальная реабилитация

Психотерапия занимает существенное место в лечении больных шизофренией

При наличии выраженной психотической симптоматики (параноидная шизофрения, психотические приступы рекуррентной и шубообразной шизофрении) больные нуждаются в участии, ободрении, поддержке врача Демонстрация скептического отношения к бредовым суждениям, попытки их опровержения непродуктивны, приводят лишь к нарушению контакта между врачом и пациентом Оправданы разъяснения, какие высказывания и фор-

мы поведения пациента оцениваются окружающими как болезненные Полезна семейная психотерапия (психотерапевтическая работа с родственниками пациента, направленная на формирование правильного отношения к его болезненным высказываниям и поведению, на устранение внутрисемейных конфликтов, часто возникающих вследствие болезненно измененного поведения члена семьи)

При непсихотическом уровне расстройств (ремиссии приступообразной шизофрении вялотекущая шизофрения) показана систематическая психотерапия, преимущественно рациональная (когнитивная) и поведенческая Используются приемы стимулирующей, отвлекающей психотерапии Применяются специальные методики, направленные на устранение тех или иных расстройств, например — функциональные тренировки при транспортных фобиях

Такие методы, как гипносуггестивная психотерапия аутогенная тренировка, психоаналитическая психотерапия применяются у больных шизофренией ограниченно, в связи с риском ухудшения состояния больных и "невысокой эффективностью

Социальная реабилитация показана почти всем больным шизофренией (исключение составляют больные с сохранной трудоспособностью и достаточной социальной адаптацией)

Даже при хронической психотической симптоматике, глубоком личностном дефекте с полной

инвалидизацией систематическое применение социально-реабилитационных мероприятий в сочетании с фармако- и психотерапией позволяет у ряда больных частично восстановить основные навыки самообслуживания, вовлечь больных в несложную трудовую деятельность
В таких случаях процесс социальной реабилитации носит многоэтапный характер Он часто начинается еще в период госпитализации с привлечения больных к выполнению простых хозяйственных заданий Далее больные систематически выполняют несложную работу в отделении, а затем в лечебно-трудовых мастерских при больнице После выписки из стационара они продолжают работу в лечебно-трудовых мастерских, переходя ко все более сложным операциям При успешном реабилитационном процессе возможно возвращение к труду, не требующему высокой квалификации, на специальных предприятиях для психически больных или даже в условиях общего производства Для этого больных приходится обучать новым, доступным по психическому состоянию трудовым навыкам
При вялотекущей шизофрении, рекуррентной шизофрении с редкими приступами правильно организованная социальная реабилитация в комплексе с лечением нередко позволяет сохранить

или восстановить доболезненный профессиональный, семейный и общественный статус.

25.11. Профилактика

Первичная профилактика шизофрении в настоящее время ограничивается медико-генетическим консультированием потенциальных родителей о риске возникновения шизофрении у потомства. Цель медико-генетического консультирования — на основе оценки психического состояния родителей и изучения их генеалогических данных определить риск возникновения шизофрении у потомства и оказать содействие в принятии решения.
Если один из родителей болен шизофренией, риск возникновения этого же заболевания у детей равен 14%, если оба родителя страдают шизофренией, риск повышается до 46%. В случае развития шизофрении у одного из дизиготных близнецов, риск ее возникновения у второго составляет 23%. Если близнецы монозиготные, риск возрастает до 70% (Трубников В.И., 1999). Прогноз риска заболевания шизофренией для потомства должен излагаться в щадящей форме, с учетом отношения обратившихся за консультацией к деторождению и других обстоятельств.
Вторичная профилактика шизофрении (цель — предупреждение обострений и рецидивов) и третичная профилактика (цель — замедление, приостановка процессов формирования психического дефекта) заключаются в длительной амбулаторной фармако- и психотерапии и социально-реабилитационных мероприятиях.

25.12. Экспертиза

Судебно-психиатрическая экспертиза. Большинство больных шизофренией, совершивших уголовно наказуемое деяние, признаются невменяемыми. Вменяемыми могут быть признаны больные, психическое состояние которых определяется глубокой и стойкой ремиссией. Недееспособными признаются больные с грубым психическим дефектом и выраженными психотическими расстройствами.
Трудовая экспертиза. Все больные злокачественной шизофренией и большинство больных параноидной формой полностью утрачивают трудоспособность. Больные злокачественной шизофренией и значительная часть больных параноидной шизофренией неспособны к самообслуживанию. При приступообразной шизофрении трудоспособность зависит от частоты, тяжести, длительности приступов и выраженности негативных изменений личности. Значительная часть больных вялотекущей шизофренией сохраняют полную или частичную трудоспособность.
Военная экспертиза. Все больные шизофренией признаются негодными к военной службе.

Глава 26. МАНИАКАЛЬНО-ДЕПРЕССИВНЫЙ ПСИХОЗ

Маниакально-депрессивный психоз (маниакально-депрессивное заболевание, циркулярный психоз, циклофрения, циклотимия) — эндогенное заболевание, которое протекает в виде приступов или фаз с аффективными расстройствами, светлыми промежутками между приступами, т.е. полным восстановлением психического здоровья и отсутствием изменений личности, независимо от количества перенесенных приступов. Заболевание может протекать в виде биполярных приступов (именно маниакально-депрессивный психоз) и монополярных (монополярный депрессивный психоз и монополярный маниакальный психоз).
Термин «циклотимия» впервые применил К.Кальбаум для мягких, ослабленных вариантов болезни.
В 1883 г. Э.Крепелин назвал это заболевание «циркулярной душевной болезнью». В 1899 г. в 6-м издании своего учебника он ввел понятие «маниакально-депрессивный психоз», в который включил все формы периодических психозов.

26.1. Клинические проявления

Для маниакально-депрессивного психоза характерно чередование аффективных психотических приступов или фаз и светлых промежутков, отсутствие изменений личности после многократных приступов болезни.

Для оценки психотических приступов обычно пользуются термином «фаза», понимая под этим ограниченное во времени психопатологическое состояние. После минования фазы полностью восстанавливается психическое здоровье. Продолжительность фаз различна — от нескольких дней до нескольких лет. Средняя продолжительность — 3—6 мес.

Для маниакально-депрессивного психоза характерна сезонность возникновения фаз. Известно, что у некоторых больных фазы возникают в определенные месяцы, чаще осенью и весной. Число фаз различно: у части больных фазы возникают ежегодно, у других наблюдается только одна фаза на протяжении всей жизни.

Психические нарушения при маниакально-депрессивном психозе наблюдаются в виде аффективных расстройств, изменений в мыслительной и двигательной сферах. При маниакальных и депрессивных состояниях эти нарушения носят противоположный характер. Для депрессивных и для маниакальных состояний характерны вегетативные и соматические расстройства, свидетельствующие о «симпатико-тонической направленности» вегетативной нервной системы (Протопопов В.П.).

26.1.1. Депрессивные состояния (фазы)

Депрессивные состояния (фазы) характеризуются триадой психических расстройств, пониженным настроением, замедлением мыслительных процессов и двигательной заторможенностью

Психические нарушения. Пониженное настроение, подавленность, тоска являются наиболее характерными признаками депрессивной фазы. Выраженность эмоциональных нарушений бывает различной — от легких степеней подавленности и безрадостности до переживания витальной тоски, с безысходностью, отчаянием. Мучительными бывают переживания «предсердечной тоски» с ощущениями снимания или тяжести в области сердца, иногда с ощущением своеобразной жгучей боли Обычно еще более мучительными бывают «моральные страдания», глубина и тяжесть которых несравнимо мучительнее физической боли

Возникновению депрессивной фазы иногда предшествуют нарушения сна, аппетита, неприятные ощущения в области сердца, сердцебиения, сухость во рту, запоры, задержка месячных у женщин. Такое состояние ошибочно расценивается как соматическое заболевание — функциональное нарушение сердечно-сосудистой системы и т.д. В легких случаях эмоциональные нарушения проявляются в подавленном настроении, которое сопровождается склонностью к сомнениям, неуверенностью в своем будущем, плохим самочувствием, психической и физической утомляемостью.

В тяжелых случаях нарастает мучительное переживание тоски, несравнимое с житейским горем Никакие радостные события не мо-ryi вывести из этого состояния. Наиболее тяжелой формой проявления аффекта тоски является состояние, получившее название «взрыв тоски» — raptus melancholicus, которое проявляется во внезапном взрыве отчаяния с возбуждением, рыданиями, стонами, стремлением нанести себе повреждения, суицидальными попытками.

Обычно наблюдаются достаточно четкие суточные колебания в выраженности депрессивных переживаний. Больные испытывают тоску и тревогу в ранние утренние часы, к вечеру состояние несколько улучшается, сами больные часто говорят, что к вечеру «тоска как бы отпускает»

Внешний вид больных соответствует их аффективным переживаниям: мимика и выражение глаз говорят о скорби и печали, при тяжелых тоскливых состояниях глаза остаются сухими, мигание редкое Внутренняя треть века вместо дуги образует угловатую складку — складку Верагута Брови сдвинуты, складки на лбу от постоянного сокращения мышц напоминают греческую букву омегу, губы сухие, плотно сжатые, углы рта опущены, отмечается сухость во рту. Больные сидят в согбенной позе, с опущенной головой, прижатыми к туловищу руками, сдвинутыми коленями.

Замедление мыслительных или ассоциативных процессов выражается в том, что больные отвечают на вопросы с большой задержкой, односложно, тихим голосом, жалуются на отсутствие мыслей или на одни и те же мысли о собственной никчемности и желании умереть. Внимание сосредоточивается с трудом, память на прошлое не страдает, фиксация текущих событии затруднена. Любое интеллектуальное напряжение кажется больным непреодолимым,

поэтому они считают себя «идиотами», «тупицами». В таком состоянии больные не верят, что подобное состояние может пройти, прошлый опыт не помогает их убедить в благоприятном исходе: «Те состояния были легче». Прошлое, настоящее и будущее оценивается мрачно, как цепь бесконечных ошибок и преступлений, будущее ужасно и бесперспективно
Выраженность двигательной заторможенности различна — от легких степеней до депрессивного ступора Движения часто замедленны, позы однообразны, больные жалуются, что им трудно двигаться, трудно говорить.
Больные в депрессивном состоянии не строят планов на будущее, не имеют никаких интересов, у них часто возникает только одно желание — умереть Стремление к самоубийству постоянно наблюдается при депрессивных состояниях, в одних случаях это мимолетные мысли, в других эти мысли возникают периодически, особенно в ранние утренние часы, когда депрессивные переживания более выражены. У части больных в состоянии депрессии мысли о самоубийстве постоянны и появляются тенденции с обдумыванием способов его совершения. Больные в этом состоянии нуждаются в постоянном надзоре и контроле за их действиями. Суицидальные попытки могут носить импульсивный характер в момент взрыва тоски и более целенаправленный — с подготовкой суицидальной попытки заранее К таким действиям обычно приводят воображаемая бесперспективность и ожидаемые мучения в будущем. В таком состоянии больные могут совершить «расширенное» самоубийство: сначала они убивают своих детей, престарелых родителей, а затем кончают жизнь самоубийством.
Нарушения мышления у депрессивных больных могут выражаться в сверхценных и бредовых идеях, обусловленных депрессивным аффектом Наиболее часто наблюдаются идеи самообви-нения, основой для которых являются малозначащие поступки, ошибки, значение которых переоценивается и они воспринимаются как тягостные преступления Больные обвиняют себя в убийствах близких, в растратах, в изменах близким или родине и т.д. Они переживают идеи самоуничижения, считают, что они ничтожные люди, что происходящее с ними — это наказание за подлости, которые они совершали. Утверждают, что недостойны на-

ходиться в больнице, получать лечение, есть, пить, спать на постели, их необходимо отправить в тюрьму, уничтожить.
При более легких депрессивных состояниях наблюдаются навязчивые ипохондрические опасения, навязчивые сомнения и реже — навязчивые контрастные влечения.
В ряде случаев при утяжелении депрессии больные жалуются на отсутствие всякого чувства, они говорят, что стали как «чурки», как «деревяшки», что они ничего не чувствуют и от этого страдают Больная говорит, что видит своих детей, но никаких чувств к ним не испытывает. Это состояние больными оценивается как более тяжелое: «Депрессия — это тяжело, но это человеческое чувство, а бесчувствие ужасно». Состояние получило название «болезненное психическое бесчувствие» (anaesthesia psychica dolorosa) и обычно свидетельствует о тяжести депрессии. У депрессивных больных можно наблюдать дереализацию и сомато-психическую деперсонализацию. При наличии дереализации больные говорят, что окружающий мир воспринимается не так четко, как раньше, он утратил яркость красок, живость и жизненность, все воспринимается как через туман, непромытое стекло, дымку, что окружающее похоже на декорации.
При соматопсихической деперсонализации больные недостаточно четко воспринимают свое тело- «Я как бы растворяюсь в окружающем, не чувствую своих границ». У больных утрачивается ощущение сытости, они не чувствуют жажды, не испытывают удовлетворения от опорожнения мочевого пузыря, не чувствуют, что спали ночью, хотя на самом деле спали.
Вегетативные и соматические расстройства. Эти изменения обычно обусловлены повышением тонуса симпатического отдела вегетативной нервной системы, наблюдаются тахикардия, повы-шение артериального давления, сухость во рту, отсутствие аппетита, больные жалуются на ощущение распирания в области желудка, кишечника, запоры, отмечается значительное снижение массы тела —до 10 кг и более, что наводит врачей на мысль об онкологическом заболевании у больного и приводит к многочисленным исследованиям У женщин во время приступа болезни часто исчезают месячные
Варианты депрессивных состояний. В зависимости от преобладания той или иной симптоматики при депрессивной фазе выделяют тревожно-ажитированную депрессию, при которой наряду с тоской имеет место тревожное возбуждение, определяющее клиническую картину (эти больные особенно опасны в плане совершения суицидальных попыток), и ипохондрическую депрессию, при которой большое место в клинической картине занимают различные ипохондрические расстройства и вегетативные, ларвирован-ные, маскированные

депрессии.

Маскированная депрессия — депрессия с преобладанием различных двигательных, чувствительных и вегетативных расстройств по типу депрессивных эквивалентов
Наиболее часто маскированные депрессии проявляются соматическими расстройствами, при этом больные жалуются на боли в различных частях тела, в области сердца, позвоночника, кишечника, которые носят характер сенестопатии или сенестоалгий. Боли обычно носят мучительный характер, заставляют больных постоянно обращаться к врачу, подвергаться многочисленным исследованиям. Обращают на себя внимание суточные колебания интенсивности болей, они наиболее выражены в утренние часы, к вечеру обычно состояние улучшается Наблюдается и сезонный характер соматических жалоб: весной или осенью больной многократно обращается с жалобами, затем они спонтанно исчезают, но в следующем сезоне могут возникнуть снова.
Аффективные расстройства выявляются только при специальных обследованиях и прицельном расспросе больного. При этом обнаруживаются жалобы на слабость, быструю утомляемость, ощущение разбитости, подавленность, более выраженные в ранние утренние часы, нарушения засыпания и ранние пробуждения с чувством тревоги Эти аффективные расстройства врачами часто не оцениваются как самостоятельные расстройства, а рассматриваются как реакция личности на соматические жалобы. Сезонность возникновения расстройств, суточные колебания, ранние пробуждения с тревогой, подавленное настроение, снижение трудоспособности более характерны для маскированной депрессии
Больные, страдающие маскированной депрессией, представляют опасность из-за возможности формирования у них наркомании, так как на разных этапах болезни из-за жалоб на боли им неизбежно назначают болеутоляющие в том числе наркотические препараты.
На фоне маскированной депрессии возможно злоупотребление алкоголем. Вначале применение алкоголя прекращается с исчезновением приступа, а затем происходит формирование алкоголизма по своим законам
26.1.2. Маниакальные состояния (фазы)
Эндогенные маниакальные состояния характеризуются противоположными депрессии симптомами повышенным настроением, ускорением мыслительных процессов и возникновением различных ассоциаций, психомоторным возбуждением.
О повышенном настроении — эйфории — В А.Гиляровский писал »Все явления, входящие в картину маниакального состояния, в своей основе имеют возбуждение в сфере чувств с повышением настроения, доходящего до степени полного блаженства — эйфории» (1935).

Маниакальные состояния могут быть относительно легкие — ги-помании, средней выраженности — типичные маниакальные состояния и тяжелые — мания с бредом величия, мания со спутанностью.
Развитие маниакального состояния чаще происходит постепенно. Вначале больные испытывают прилив бодрости, улучшается настроение, появляется ощущение физического и психического благополучия. Окружающее воспринимается в радужных красках, все психические процессы протекают легко, с повышенной продуктивностью и ослаблением задержек, облегчающих переход к действию. Сон у таких больных непродолжительный, но глубокий, по утрам они легко встают, быстро включаются в привычную деятельность, справляются со всеми своими обязанностями, не испытывают сомнении и колебаний в принятии решений. Самооценка обычно повышена, мимика живая, преобладает веселое настроение. Неприятные события не оказывают влияния на настроение. Аппетит чаще бывает повышен, отмечаются колебания артериального давления в сторону гипертензии, тахикардия.
При нарастании маниакального состояния прежде всего настроение становится отчетливо неадекватным: необычно жизнерадостным, прекрасным, больные отличаются »неиссякаемой» энергией, их охватывает жажда деятельности, однако если на начальном этапе деятельность еще сохраняет продуктивность, то на этом из-за отвлекаемости внимания больные уже не могут ни одно дело довести до конца. Ассоциации возникают по поверхностным признакам, темп мышления ускоряется
При маниакальном состоянии могут обнаружиться интересы и способности, которых до заболевания никто не замечал. Больные начинают писать стихи, выявляются наклонности к рисованию, однако с нарастанием маниакального состояния продуктивность в этой деятельности становится все более и более беспорядочной.

Поведение больных становится расторможенным, усиливается сексуальность, больные легко заводят знакомства, вступают в сексуальные связи, говорят на эротические темы. Женщины ярко и броско одеваются, неумеренно пользуются косметикой, переоценивают свои внешние данные, рассказывают о своих любовных успехах, выглядят обычно оживленными, веселыми, радостными, говорят о том, что жизнь — это праздник В этом состоянии утрачивается чувство такта, больные становятся фамильярными, громко говорят, шутят, громко смеются, у них отсутствует чувство дистанции

При нарастании маниакального состояния больные становятся возбужденными, говорят без умолку, голосом, как правило, охрипшим, пытаются петь, танцуют, во все вмешиваются, дают различные советы. Мышление становится настолько ускоренным, что больные не успевают высказать сразу полностью мысль, а вы-

крикивают только отдельные слова. Это состояние носит название »скачка идеи» (figa idearum). В таком состоянии появляется масса планов, которые больные не успевают высказывать.

Из повышенного самочувствия, активности и продуктивности, по мнению В.А.Гиляровского, легко возникают бредовые идеи величия Чаще всего речь идет о болезненном преувеличении своих талантов, красоты, заслуг и достижений По содержанию эти идеи жизненны, но не соответствуют истинному положению больного Так, один больной утверждал, что он играл чуть ли не самую главную роль в революции После беседы с ним заявил: »Хорошо, не самую главную, но все же участвовал в революции». При маниакальном состоянии не бывает нелепых, абсурдных бредовых идей. Больные высказывают идеи как бы шутя, легко могут от них отказаться. Эти идеи обычно не оказывают влияния на поведение больных

Вегетативные расстройства, как и при депрессивных состояниях, характеризуются повышением тонуса симпатического отдела вегетативной нервной системы. У больных наблюдаются тахи-кардия, повышение артериального давления, значительная потеря массы тела, у женщин отсутствуют месячные. Жалоб на соматическое состояние больные обычно не предъявляют, наоборот, испытывают необыкновенное ощущение здоровья.

Выделяют несколько клинических вариантов маниакального состояния: веселая мания (немецкий психиатр К.Леонгард назвал ее чистой манией), для которой характерно веселое радостное настроение — эйфория, сочетающаяся с прекрасным физическим самочувствием и переоценкой возможностей, экспансивная мания, при которой повышенное настроение сочетается со сверхценными идеями величия и стремлением к сверхактивной деятельности, гневливая мания, при которой аффект характеризуется не эйфорией, а гневливостью, стремлением к деятельности, ускорением мышления. За больными с гневливой манией крайне трудно в отделении обеспечить уход, так как у них постоянно возникают конфликты. Из-за отвлекаемости больных конфликты быстро исчезают, но тут же появляются новые

26.1.3. Смешанные состояния

У 20% больных маниакально-депрессивным психозом наблюдаются смешанные состояния. Они могут возникать в период перехода из одной фазы в другую, при этом в клинической картине сочетаются симптомы, характерные для мании и депрессии. Например, депрессивное состояние сочетается с двигательным возбуждением и интеллектуальным торможением, депрессия — с ус-корением интеллектуальной деятельности, наплывом мыслей и

двигательной заторможенностью Мания может сочетаться с двигательной и интеллектуальной заторможенностью или только с интеллектуальной заторможенностью (непродуктивная мания)

26.1.3.1. Рубрификация состояний по МКБ-10

В МКБ-Ю все расстройства, наблюдаемые при маниакально-депрессивном психозе, отнесены в раздел «Расстройства настроения» (аффективные расстройства) F30—F39 и кодируются как различные варианты течения депрессивных и маниакальных состояний, выделяются и варианты с биполярным течением и циклотимия

26.1.4. Сравнительно-возрастные особенности течения маниакально-депрессивного психоза

Маниакально-депрессивный психоз у детей. Очерченные клинически эндогенные аффективные фазы маниакально-депрессивного психоза не возникают ранее 12—14 лет, так как незрелость личностной структуры не допускает аффективных заболевании ТП Симп-сон наблюдала депрессивную фазу в двухлетнем возрасте Однако аффективные расстройства у детей отличаются от состояний, наблюдаемых у взрослых, поэтому часто не оцениваются адекватно

За последнее время накоплены клинические наблюдения, свидетельствующие о закономерностях формирования аффективных расстройств у детей В клинических проявлениях

аффективных фаз не содержится типичных симптомов, наблюдаемых у взрослых У детей ведущими являются вегетативные и соматические симптомы, характеризующие аффективные расстройства Так, при депрессиях чаще наблюдаются нарушения сна и питания, сопровождающиеся вялостью, медлительностью У детей отмечаются нарушения засыпания, ночные страхи, страхи темноты, жалобы на неприятные ощущения в теле, животе, груди Обычно изменяется внешний вид больные выглядят бледными, утомленными, похудевшими, ухудшается аппетит до полного исчезновения, появляются запоры Они отказываются от игр, контактов с другими детьми, капризны и плаксивы будто бы без причины

У младших школьников собственно психический компонент депрессий более отчеттив на фоне вегетативно-соматических нарушений появляются затруднения в обучении, они становятся медлительными, жалую1ся на слабость, становятся менее общительными, хмурыми, молчаливыми, часто появляется несвойственная ранее робость, застенчивость Симптоматика часто нарастает волнообразно Считается, что средняя продолжительность депрессивной фазы — 8—10 нед

Маниакальные состояния у детей, несмотря на атипичность проявлений, более заметны, чем депрессивные, так как обычно наблюдаются нарушения поведения Свойственные детям живость и

веселость во время игр усиливаются, они становятся расторможенными и неуправляемыми Ребенок неутомим, не знает меры в своей деятельности, не может соразмерить свои возможности

Внешне дети выглядят оживленными лицо часто гипереми-ровано глаза блестят, постоянно раздается смех, речь ускорена

Диагностика облегчается, если течение болезни становится биполярным

Маниакально-депрессивный психоз у подростков. В подростковом периоде после 10—12 лет клинические проявления этого заболевания мало отличаются от проявлений у взрослых В этом возрасте девочки заболевают в 3 раза чаще, чем мальчики, и заболевание начинается с депрессивной фазы, при этом обнаруживаются все типичные признаки фаз У подростков имеют место заторможенность в моторике и речи, снижение активности, нерешительности, вялость, пассивность, появляется достаточно осознанное переживание тоски, апатии, подавленности, грусти, скуки или тревоги, беспокойства, невозможности сосредоточиться, интеллектуальной притупленности Наряду с этим у подростков появляются угрюмо-дисфорическое настроение, переоценка взаимоотношений с близкими и сверстниками и в связи с этим конфликтные взаимоотношения с суицидальными мыслями и попытками из-за собственной малоценности Сами депрессии становятся более продолжительными и более сложными, сопровождаясь нестойкими бредовыми переживаниями

При маниакальных состояниях наряду с гиперактивностью, повышенным самочувствием, стремлением к деятельности, неутомимостью и отвлекаемостью обнаруживаются психопатопо-добные формы поведения Именно эти расстройства могут маскировать фазу маниакально-депрессивного психоза У больных психопатоподобное поведение проявляется не только в нарушениях школьной дисциплины но в алкоголизации, правонарушениях, агрессии Такие больные грубы, развязны, с расторможенными влечениями и склонностью к различным эксцессам Достаточно четко выступает сезонность фаз

Маниакально-депрессивный психоз в позднем возрасте. Э Кре-пелин отмечал значительное увеличение частоты депрессивных состояний в позднем возрасте Начало маниакально-депрессивного психоза в возрасте после 50 лет отмечается в 27% случаев и после 60 лет — в 8,8% случаев

Несмотря на то, что в литературе нет единого мнения о влиянии возраста на течение маниакально-депрессивного психоза, многими исследователями отмечается тенденция к усложнению и удлинению депрессивных фаз Это связывают с присоединением ипохондрических переживаний, достигающих в ряде случаев ипохондрического варианта синдрома Котара

В инволюционном возрасте наблюдается преобладание тре-вожно-ажитированных депрессий, склонных к затяжному течению. В этом и более позднем возрасте фазы маниакально-депрес-сивного психоза протекают наиболее тяжело и большинство больных нуждаются в госпитализации.

Маниакальные состояния в позднем возрасте встречаются реже, и обычно не наблюдается

усложнения и утяжеления симптоматики. В ряде случаев отмечается гневливая мания с раздражительностью и конфликтностью. Чаще больные благодушны, суетливы, непродуктивны, иногда преобладает дурашливость с гиперсексуальностью, могут наблюдаться нелепые мегаломанические бредовые идеи, напоминающие бред при прогрессивном параличе. Возникновение маниакально-депрессивного психоза в позднем возрасте свидетельствует об ухудшении прогноза в связи с затяжным течением, резистентностью к терапии и неполным выходом из болезненного состояния.

26.2. Этиология и патогенез

До настоящего времени этиологические факторы развития маниакально-депрессивного психоза неизвестны, однако выявлено несколько закономерностей в развитии этого заболевания. К ним относятся наследственное предрасположение, биохимические и биологические изменения в организме, возраст, пол и конституционные особенности. Этим факторам придается то или иное значение в различных предположениях развития заболевания, но в единую гипотезу они пока не объединяются.

Наследственному фактору придавалось большое значение еще Фальре и Э Крепелином Риск заболевания маниакально-депрессивным психозом у сибсов и дизиготных близнецов составляет 20—25%, у монозиготных — 66—96%, в связи с этим высказывается предположение о доминантной передаче болезни с эффектом одного гена и его неполной пенетрантностью (Kallmann F). Существует точка зрения, что именно пол определяет эту пенетрант-ность и именно у больных женщин. Высказывается гипотеза, что возможна связь сцепления генов, участвующих в развитии аффективных психозов, с Х-хромосомой (Вартанян М.Е.).

Патогенез маниакально-депрессивного психоза связан с нарушением синаптическои передачи в системе нейронов гипоталамуса и других базальных отделов мозга, которые связаны с формиро-ванием таких особенностей психики, как бодрствование, скорость психических реакции, фон настроения, аффективные состояния. В центре внимания оказывались аминовые системы дофамина, нора-дреналина, фенилэтиламина и серотонина. Возникновение депрессии пытались объяснить нехваткой нейромедиаторов (норад-реналина и серотонина) в синаптических щелях. Это соответство-

вало ингибированию обратного захвата нейромедиаторов трицик-лическими антидепрессантами. Однако постепенно выяснилось более сложное и комплексное действие антидепрессантов, нельзя было не учитывать роль пре- и постсинаптических рецепторов и активность других ферментов, в том числе моноаминоксидазы.

Результаты биохимических исследовании при маниакально-депрессивном психозе противоречивы. По-видимому, основное биологическое нарушение состоит в дезинтеграции комплексного взаимоотношения центральных систем, связанного со сдвигами и количественными отклонениями циркадных ритмов биогенных аминов и их метаболитов (Заидель К , Убельхак Р.).

26.3. Дифференциальный диагноз

Для маниакально-депрессивного психоза характерны приступообразное течение (в виде фаз), полное восстановление психического здоровья между приступами и отсутствие изменений лич-ности после многократных приступов болезни. Каждый приступ характеризуется четкой связью и единством как психопатологических, так и вегетативно-соматических нарушений с явным преобладанием симпатикотонии В отличие от маниакально-депрессивного психоза при периодической (рекуррентной) шизофрении чаще обнаруживается несоответствие как между аффективными, двигательными и идеаторными расстройствами, так и вегетативно-соматическими, при которых не наблюдается преобладания симпатикотонии

При маниакально-депрессивном психозе чаще обнаруживается наследственное предрасположение у родителей или близких родственников наблюдаются либо отчетливые приступы болезни, либо субклинические колебания настроения. Для этого заболевания характерны сезонный характер приступов с учащением их весной и осенью и суточные колебания настроения во время приступов, более отчетливые при депрессивных состояниях (в утренние часы депрессия бывает наиболее выражена, к вечеру состояние несколько улучшается).

26.4. Распространенность

Достоверных данных о распространенности маниакально-депрессивного психоза нет. Это объясняется тем, что в поле зрения психиатров попадают только те больные, которые нуждаются в госпитализации, и разная частота этого заболевания свидетельствует о диагностических разногласиях и различиях в понимании границ маниакально-депрессивного

психоза.
Частота маниакально-депрессивного психоза среди населения колеблется в пределах 0,07—7,0%. Состояния, относящиеся к этому заболеванию, наблюдаются у 0,5—0,8% населения.

Женщины заболевают маниакально-депрессивным психозом чаще, чем мужчины: среди больных 60—70% женщин, но при биполярном течении заболевания преобладают мужчины. Болезнь может начаться в любом возрасте, но наиболее часто в зрелом и позднем.

26.5. Прогноз

Прогноз при маниакально-депрессивном психозе в целом благоприятный, так как фазы болезни заканчиваются полным восстановлением здоровья, социального статуса и трудоспособности. При затяжных фазах и при значительном сокращении светлых промежутков прогноз ухудшается. Это наблюдается и при континуальном течении, при котором наблюдается переход из одной фазы в другую без светлых промежутков.
Для оценки прогноза имеет значение возраст, к которому относятся начало заболевания, клинические проявления первой фазы. Отмечено, если первая фаза маниакальная, то статистически подтверждается монополярное течение с несколькими фазами
При рано начавшемся заболевании с монополярными маниями к 50—60 годам может наступить выздоровление, при монополярных депрессиях это наблюдается реже, но частота фаз в пожилом возрасте уменьшается. Прогноз при биполярном течении хуже, реже наблюдается выздоровление.
У больных, страдающих маниакально-депрессивным психозом, сравнительно часто наблюдаются соматические осложнения, у них обнаруживаются гипертоническая болезнь и диабет.

26.6. Лечение и профилактика

Лечение. Лечение при маниакально-депрессивном психозе как в маниакальной, так и в депрессивной фазе комплексное и состоит из биологической терапии, социо- и психотерапии.
Депрессивные состояния. Выбор лекарственных средств зависит от выраженности фазы, характера депрессивного состояния и дополнительных симптомов, осложняющих течение депрессии. Г.Я.Авруцкий считает, что наличие депрессивной фазы независимо от ее клинических особенностей требует интенсивного применения антидепрессантов трициклического ряда [имизина (мели-прамина) и амитриптилина] с быстрым увеличением суточных доз до 200—250 мг, которые считаются достаточными, чтобы остановить развитие депрессивной фазы.
При менее тяжелых депрессиях целесообразно применять антидепрессанты ингибиторы обратного захвата серотонина: флюоксетин (прозак, продеп), флювоксамин.
У пожилых больных предпочтение отдается антидепрессантам с наименьшими побочными проявлениями, азафен, герфонал, людиамил.

При безуспешной терапии антидепрессантами рекомендуется проведение электросудорожной терапии (ЭСТ) в течение 6—8 сеансов Показанием к проведению ЭСТ являются тяжелые депрессии со ступорозными состояниями, отказами от еды, быстрой потерей массы тела и тяжелые ажитированные депрессии с упорными суицидальными мыслями и тенденциями.
При депрессиях с преобладанием идеи самообвинения целесообразно сочетание амитриптилина с этаперазином, трифтазином, при адинамических депрессиях — с небольшими дозами нейролептиков.
Депривация сна применяется при лечении депрессивных состояний, больные полностью лишаются сна на 24 или 48 ч. Предполагают, что при депривации сна ночной ацидоз задерживает экскрецию серотонина и его концентрация сохраняется на высоком уровне всю ночь, с чем связывают улучшение настроения.
При длительном и безрезультатном лечении больных с депрессивными состояниями антидепрессантами (резистентные формы) показана резкая отмена препаратов. За 2—3 нед до отмены увеличивают дозы препаратов с обязательным использованием препаратов холинолитического действия: трицикличес-ких антидепрессантов, корректоров, хлорпротиксена и других нейролептиков.
Одномоментная отмена психотропных препаратов сопровождается своеобразным соматоневрологическим симптомоком-плексом, получившим название синдрома отмены: различные нарушения сна, соматовегетативные и неврологические расстройства, тошнота и рвота, анорексия, потливость, экстрапирамидные изменения, повышение мышечного тонуса,

тремор, акатизия. Эти расстройства наиболее выражены к 3—4-му дню и к концу недели редуцируются Для купирования вегетативных расстройств используются транквилизаторы бензодиазепинового ряда, при выраженных экстрапирамидных нарушениях назначают пирацетам в суточной дозе до 2400 мг (циклодол назначать не рекомендуется, так как это может уменьшить эффект отмены). В некоторых случаях для преодоления резистентного к терапии течения применяют повторные отмены препаратов.

Маниакальные состояния. Терапия маниакальных состояний должна быть комплексной и включать назначение нейролептических препаратов и солеи лития.

До сих пор одним из наиболее эффективных препаратов при лечении маниакального состояния является аминазин, который оказывает выраженное седативное влияние на двигательное и идеаторное возбуждение Аффективные расстройства подвергаются редуцированию вторично. Дозы аминазина варьируют от 100 до 600 мг/сут, в комбинации с пипольфеном — 150 мг/cyi.

Принято считать, что введение в практику производных бути-рофенона (галоперидол) — это новый этап в лечении маниакальных состояний Для купирования маниакального состояния рекомендуется при пероральном применении до 100 мг/сут, при внутримышечном — 20— 40 мг/сут

Для купирования маниакальных и гипоманиакальных состоянии применяется клопиксол 20—40 мг/сут и другие нейролептики: рисперидон, тизерцин, сонапакс, лепонекс, неулептил.

Большой успех влечении маниакальных состоянии имело введение солей лития При применении их в отличие от нейролептиков поведение упорядочивалось не за счет седативного эффекта, а за счет влияния на саму манию, с редуцированием ее проявлений.

Соли лития действуют медленнее, чем нейролептики (эффект от применения карбоната лития наступает к 5—10-му дню, оксибу-тирата лития — к 2—5-му дню), поэтому рекомендуется начинать лечение с нейролептиков, постепенно присоединяя соли лития.

Лечение карбонатом лития рекомендуется начинать с 0,8 г/сут, постепенно повышая дозу за 4—5 дней до 1,6—2 г/сут. Эффект терапии обусловлен достаточной концентрацией лития в плазме крови Концентрация определяется утром натощак и должна быть при поддерживающей терапии 0,6—0,8 ммоль/л, при купировании маниакального состояния она может быть выше 1,2 ммоль/л, в ряде случаев доходя до 1,6 ммоль/л в крови. Появление стойкой тошноты и литиевого тремора после продолжительного приема лития указывает на передозировку и требует снижения дозы.

Для парентерального введения существует единственный отечественный препарат оксибутират лития (растворимая в воде соль). В ампулах по 2 мл 20% раствора содержится 400 мг оксибутирата лития. Препарат является активным психотропным средством. Он обладает антиманиакальными свойствами лития и транквилизирующим действием гамма-оксимасляной кислоты (ГОМК)

Начинать терапию целесообразно с небольших доз (800—1200 мг/сут), постепенно увеличивая их на 400—800 мг до достижения клинического эффекта. Концентрация лития в крови не должна превышать 0,8—1,0 ммоль/л.

При лечении маний и депрессий применяется карбамазепин (финлепсин, тегретол) Терапевтический эффект наступает быстро Применяются дозы 600—1000 мг/сут. Концентрация 6—12 г/л обычно достаточна для получения терапевтического эффекта.

Профилактика. Применение лекарственных препаратов для профилактики фаз маниакально-депрессивного психоза зависит от характера течения заболевания, монополярного или диполярного. При монополярном течении с депрессивными состояниями применяют антидепрессанты в качестве поддерживающей или профи-

лактическои терапии Профилактическая терапия трициклически-ми антидепрессантами предотвращает депрессивные приступы

Профилактическая терапия солями лития эффективна при наличии маниакальных приступов и реже — депрессивных, поэтому при преобладании депрессивных фаз рекомендуется сочетание солеи лития с небольшими дозами амитриптилина.

Применение лития с целью профилактики начинается с небольших доз — 300—600 мг/сут с постепенным повышением до 900—1200 мг/сут. Концентрация лития в крови должна быть 0,6—0,8 ммоль/л.

В последние годы для профилактики фаз маниакально-депрессивного психоза используются некоюрые антиконвульсан-ты: финлепсин (тегретол), конвулекс. Блаюдаря хорошей переносимости, достаточной эффективности не только при биполярных аффективных расстройствах,

но и при монополярных периодических депрессиях предпочтение отдается финлепсину. Финлепсин вначале назначают в дозе 0,2 г/сут, затем постепенно ее увеличивают до 0,6—0,8—1,2 г. Считается, что финлепсин оказывает такое же профилактическое действие, что и соли лития

26.6.1. Лечение и профилактика маниакально-депрессивного психоза у детей и подростков

Многие авторы отмечают, что большинство детей достаточно хорошо переносят лечение психотропными препаратами и в связи с быстрым выведением лекарств из организма для достижения терапевтического эффекта необходимы значительные, превышающие средневозрастные, дозы лекарств.

При лечении депрессивных состояний у детей чаще пользуются антидепрессантами с седативным действием. Для активизации ребенка применяют паразидол, эгланид, ноотропы, малые дозы амитриптилина. В связи с тем, что у детей часто отмечаются добавочные симптомы, используются малые дозы нейролептиков и транквил изаторы.

Для лечения маниакальных и гипоманиакальных состояний применяются нейролептики антиманиакального действия: гало-перидол, тизерцин, сонапакс, неулептил, лепонекс в сочетании с терапевтическими дозами солей лития.

Для профилактики аффективных доз у детей используются препараты солей лития, которые в большинстве случаев эффективны при монополярных маниакальных состояниях и биполярных фазах, но, как и у взрослых, оказываются неэффективными при периодических и затяжных депрессиях.

В результате проведенных исследований выявлены сроки, необходимые для проведения профилактической терапии у детей, если болезнь дебютировала до 10-летнего возраста, то профилактическая терапия литием может быть прекращена по миновании пубер-

татного возраста и после наступления юношеского возраста, если манифестные аффективные расстройства возникли в пубертатном. При имеющихся соматических противопоказаниях к применению солей лития для профилактики используется финлепсин, однако, как отмечается при длительных исследованиях, для достижения эффекта требуются сравнительно большие дозы этого препарата.

26.7. Экспертиза

Трудовая экспертиза Во время приступов (фаз) болезни больные нетрудоспособны и нуждаются в активном лечении в стационаре или амбулаторно. При затяжных фазах или континуальном течении возникает вопрос о переводе больных на инвалидность Вне приступов трудоспособность восстанавливается.

Судебно-психиатрическая экспертиза. Решения судебно-психи-атрической экспертизы зависят от клинических проявлений аффективных состояний. В маниакальном состоянии больные могут совершать различные необдуманные поступки: уход с работы, расторжение и заключение брака, обмен квартиры, переезд в другой город и т.д При гневливой мании возможны агрессивные действия, конфликты, сопровождающиеся оскорблением окружающих и квалифицирующиеся как хулиганские действия, в связи с которыми больных привлекают к уголовной ответственности Вопрос о вменяемости определяется тяжестью аффективных расстройств, достигающих или не достигающих психотического уровня.

В депрессивной фазе больные могут совершать суицидальные попытки, носящие характер расширенных самоубийств. Возможны самооговоры депрессивных больных, обусловленные бредовыми идеями самообвинения.

При совершении общественно опасного действия в период аффективной фазы психотического уровня больные признаются невменяемыми в отношении инкриминируемого деяния и на-правляются для лечения в психиатрическую больницу

При судебно-психиатрической экспертизе в гражданском процессе возникает вопрос о признании недействительным того или иного гражданского акта, совершенного больным в психотическом состоянии. Для правильной экспертной оценки весьма важно оценить начало фазы, ее глубину и выраженность во время совершения гражданского акта. Если психические нарушения наблюдались на непсихотическом уровне, то совершенная сделка не теряет юридической силы (Боброва И.Н.).

Больные, страдающие маниакально-депрессивным психозом, признаются негодными к прохождению военной службы.

Глава 27. ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ПОЗДНЕГО ВОЗРАСТА

27.1. Систематика психических расстройств позднего возраста

В последние десятилетия увеличилось абсолютное количество психически больных позднего

возраста и вырос их удельный вес по отношению к общему числу психически больных всех возрастных групп, что преимущественно обусловлено увеличением средней продолжительности жизни, ростом доли пожилых и престарелых в общем населении (Штернберг Э Я., Концевой В А) Высоки показатели распространенности психических расстройств в старших возрастных контингентах населения. Поданным отечественных и зарубежных авторов, от 10 до 25% всех лиц старше 60—65 лет страдают психическими нарушениями различной тяжести.
Психические расстройства, выявляемые улиц позднего возраста, неоднородны в клиническом и в этиопатогенетическом отношении Их принято распределять на две группы.
К первой группе относятся психические расстройства, развивающиеся в более ранние возрастные периоды и продолжающиеся или повторно возникающие после начала старения, а также психические заболевания, впервые возникшие в позднем возрасте, но не специфичные для него, способные развиваться в различные периоды жизни. В эту группу входит большинство клинико-нозо-логических форм психической патологии: шизофрения, маниакально-депрессивный психоз, эпилепсия, психопатии, олигофрении, психогенные заболевания, психические расстройства, обусловленные соматическими болезнями, инфекциями, черепно-мозговыми травмами, алкоголизм, токсикомании и наркомании.
Вторую группу составляют психические расстройства, преимущественно или всегда возникающие в позднем возрасте и прямо или косвенно связанные со старением.
Вторая группа включает функциональные психические расстройства позднего возраста, сенильные и пресенильные деменции и психические нарушения, обусловленные церебрально-сосудистой патологией — мозговым атеросклерозом и гипертонической болезнью.
Комплекс факторов, связанных со старением, оказывает существенное влияние на клинические проявления и динамику психических заболевании первой группы и играет ведущую роль в этиологии и патогенезе психических расстройств второй группы. Среди этих факторов наиболее существенны следующие:
— нейроэндокринные сдвиги, вызванные климаксом;
— разнообразные функциональные и структурные изменения всех систем и органов, обусловленные старением;

— накопление соматических болезней и возрастных недугов;
— особая социально-психологическая ситуация, в которой оказывается стареющий человек (прекращение трудовой деятельности, сужение социальных связей, одиночество в результате смерти близких, невозможность удовлетворения многих интересов и потребностей, трудности самообслуживания вследствие возрастных недугов, старческой немощности);
— психологическое старение, изменения характера, наступающие в ходе инволюции (снижение эмоционального фона, обеднение интересов и смещение их в сферу физического и материального благополучия, тревожная мнительность, консерватизм, недоверчивость, недостаточная активность, инертность психических процессов, ослабление интеллектуально-мнестических функций).
Высокая распространенность психических расстройств в старших возрастных контингентах населения, этиопатогенетическое и клиническое своеобразие психических расстройств пресениума и старости, особенности терапии психически больных из старших возрастных групп способствовали выделению особого раздела психиатрии — геронтологической психиатрии. К настоящему времени геронтологическая психиатрия в значительной мере сложилась как в научном, так и в организационном отношении. Созданы различные формы специализированной психиатрической помощи больным позднего возраста: геронтологические отделения в психиатрических больницах, геронтологические кабинеты при психоневрологических диспансерах, дома-интернаты для лиц позднего возраста, страдающих психическими расстройствами.

27.2. Клинические проявления

27.2.1. Функциональные психические расстройства позднего возраста

Разграничение психических расстройств позднего возраста на органические и функциональные возможно лишь с оговорками, так как основой последних служат в значительной мере необратимые биологические изменения, связанные со старением. Вместе с тем поздние возрастные психические расстройства, которые принято относить к функциональным, отличаются от психических расстройств органической природы возможностью их полной или частичной редукции и отсутствием выраженного психического дефекта или слабоумия в исходе заболевания.

Функциональные психические расстройства позднего возраста в одних случаях носят непсихотический характер и относятся к области пограничной психиатрии (климактерические неврозопо-добные состояния), в других достигают психотического уровня (функциональные психозы позднего возраста).

27.2.1.1. Климактерические неврозоподобные состояния
Климактерический период играет существенную роль в развитии, обострениях и рецидивах различных форм психической патологии. Он нередко способствует возникновению первых или повторных приступов периодической и приступообразно-прогре-диентной шизофрении, фаз маниакально-депрессивного психоза, декомпенсации психопатий, обострений неврозов, выступая при этом в качестве провоцирующего фактора или измененной биологической почвы. Вместе с тем климакс нередко становится непосредственным источником невроюподобных расстройств, являясь ведущим этиопагогенетическим фактором.
К климактерическим неврозоподобным состояниям относят клинически сходные с неврозами нервно-психические расстройства, которые обусловлены нейроэндокринными и другими био-логическими изменениями, наступающими в ходе патологического климакса.
В общемедицинской практике эти расстройства традиционно обозначаются понятием «климактерический невроз». Такое название неправомерно, поскольку речь идет о психических расстройствах, вызванных биологическими влияниями, а не переживанием личностью стрессовой ситуации.
Климактерические неврозоподобные нарушения являются составной частью климактерического синдрома наряду с многообразными соматоэндокринными сдвигами.
Клиническая картина, динамика и прогноз. Климактерические неврозоподобные расстройства, как правило, развиваются постепенно. Их возникновение часто совпадает с началом патологиче-ского климакса. Таким образом, эти расстройства относятся к ранним признакам патологического возрастного криза.
Климактерическим неврозоподобным состоянием свойственны полиморфизм и изменчивость проявлений. Наиболее типичны следующие симптомокомплексы, которые обычно сочетаются в разных пропорциях.
Астеновегетативныи синдром характеризуется повышенной утомляемостью при умственном и физическом напряжении, сочетанием неустойчивости и истощаемости внимания с многообраз-ными вегетативными дисфункциями Особенно характерны так называемые приливы, т.е. короткие повторяющиеся вегетативно-сосудистые пароксизмы в виде покраснения кожи, ощущений жара, озноба, сердцебиений, головокружения. В более тяжелых случаях бывают обмороки. Приливы — почти обязательный признак климактерических неврозоподобных расстройств и обычно занимают центральное место в их клинической картине. Кроме того, типичны лабильность артериального давления и пульса, колеба-

ния аппетита, усиление или ослабление полового влечения, разнообразные нарушения сна с кошмарными сновидениями.
Эмоциональные расстройства преимущественно выражаются в крайней изменчивости настроения с быстрыми маломотивированными переходами от тревоги и уныния или раздражительности к неумеренной веселости и экзальтации. Нередко возникает неглубокая, но субъективная тягостная депрессия.
Сенестопатически-ипохондрические нарушения часто входят в структуру климактерических неврозоподобных состоянии. Многообразные мучительные ощущения с неопределенной, меняющейся локализацией сопровождаются чрезмерными опасениями за здоровье, которые иногда приобретают навязчивый характер.
Истероподобныерасстройства проявляются жалобами на спазмы в горле, внутреннее дрожание, ощущение слабости, «ватности» в руках или ногах, затруднения в речи при волнении Эти жалобы сочетаются с повышенной обидчивостью, капризностью, эгоцентризмом, театральностью поведения, приступами рыданий
Если один из перечисленных симптомокомплексов доминирует, выделяют астенический, депрессивный, ипохондрический или истерический варианты климактерических неврозоподобных расстройств.
Существенная клиническая особенность этих расстройств — приступообразный характер симптомов, значительные колебания их выраженности.
Часто картину неврозоподобных нарушений дополняют тревожно-пессимистические переживания, которые отражают психологические проблемы климакса (начавшееся увядание,

неблагоприятные изменения внешности, снижение сексуальной привлекательности).
Течение и прогноз климактерических неврозоподобных состояний относительно благоприятны
У основной массы больных климактерические неврозоподобные нарушения продолжаются от нескольких месяцев до нескольких лет и завершаются выздоровлением. У некоторых больных неврозоподобные расстройства климактерического генеза отличаются особой длительностью. Они закрепляются, привносят патологические изменения в характер и, таким образом, приводят к патологическому развитию личности Возможен переход климактерических неврозоподобных нарушений в инволюционный психоз (Ильина В Н.). Наибольшие стойкость и выраженность присущи неврозоподобным расстройствам, обусловленным искусственным климаксом.

27.2.1.1. Рубрификация в МКБ-10

Климактерические неврозоподобные расстройства следует относить к разделу «Органические, включая симптоматические, психические расстройства». Специальной рубрики для психичес-

ких нарушений климактерического генеза не предусмотрено. Их можно кодировать как «Непсихотические расстройства в связи с другими заболеваниями», включая в разные рубрики, в зависимости от синдромальнои характеристики

Диагноз. Распознавание климактерических неврозоподобных состоянии основано на возникновении в возрасте 40-55 лет нервно-психических нарушении невротического уровня, в картине которых существенное место принадлежит своеобразным вазове-гетативным приступам — «приливам». Учитываются параллельное нарушение периодичности менструального цикла и другие соматические признаки климакса

Распространенность. Климактерические неврозоподобные расстройства возникают у 20—30% женщин. Мужской климакс редко сопровождается клинически оформленными неврозопо-добными нарушениями.

Этиология и патогенез. Неврозоподобные расстройства — одно из ведущих и типичных проявлении патологического климакса. Они являются следствием наступающих в ходе климакса неиро-зндокринных сдвигов, в первую очередь, нарушения, а в дальнейшем и прекращения гормональной функции яичников Определенное патогенетическое значение придается нарушениям деятельности диэнцефалона, гиперфункции щитовидной железы и общим процессам старения

Лечение и профилактика. Терапия климактерических неврозоподобных состоянии преимущественно проводится в амбулаторных условиях Основной способ лечения — психофармакотерапия. Назначают транквилизаторы (реланиум, феназепам, алпразолам, нозепам, фандаксин) в сочетании с малыми дозами антидепрессантов седагивного или сбалансированного действия (коаксил, леривон, анафранил). Применяются седативные микс-туры, беллоид или белласпон, витамины, мягкие препараты общеукрепляющею и психостимулирующего действия (левзея, лимонник), физиотерапевтические процедуры, лечебная физкультура. Используют гормональные средства: эстрогены (фолликулин, синэстрол, климактерии), а при наличии противопоказаний к ним — андрогены (тестостерона пропионат, метилтестостерон). Гормональная терапия должна проводиться под лабораторным контролем
Полезны психотерапевтические беседы разъясняющего, успокаивающего и ободряющего характера в сочетании с суггестией или аутогенной тренировкой.

Профилактика климактерических неврозоподобных расстройств совпадает с профилактикой патологического климакса. Имеют значение предупреждение и своевременное лечение гинекологических и других соматических заболеваний, улучшение условий тру-

да и быта женщин, благоприятный психологический климат в семье и на производстве Важны в профилактическом отношении упорядоченный образ жизни, полноценный отдых, регулярные занятия физкультурой, закаливание, другие мероприятия, способствующие укреплению физического здоровья, повышению психологической устойчивости и тренировке вегетативной нервной системы

27.2.2. Функциональные психозы позднего возраста

Функциональные психозы позднего возраста — впервые развивающиеся в пресениуме или старости психотические состояния, которые предположительно обусловлены комплексом фак-торов, прямо или косвенно связанных со старением, и которые не приводят к выраженному органическому снижению уровня личности или слабоумию

Различают инволюционные психозы (возраст начала — 45—60 лет) и функциональные психозы старости (возникают после 60—65 лет) 27.2.2.1. Инволюционные (пресенильные) психозы
Инволюционые психозы описаны Э Крепелином в конце прошлого века В настоящее время

выделяют две клинические формы этих психозов инволюционную депрессию и инволюционный параноид

Клиническая картина и динамика инволюционной депрессии (пресенильной меланхолии).

Начало инволюционной депрессии обычно медленное, хотя возможно и острое начало в тех случаях, когда возникновению психоза предшествует внезапная психическая травма или острое соматическое заболевание Появляются и нарастают угнетенность, необоснованные или преувеличенные опасения за собственное здоровье, состояние близких, материальное благополучие Со временем эти проявления усиливаются и перерастают в картину выраженной тревожной депрессии

Сочетание депрессии с тревогой — самая существенная клиническая особенность инволюционной меланхолии Тревога носит беспредметный характер, лишена конкретного содержания или насыщена неоправданными мрачными предчувствиями, ожиданием всяческих несчастий Она усиливается в вечерние и ночные часы Часто выявляется симптом нарушения психической адаптации в виде резкого нарастания тревоги с бессмысленным сопротивлением при любых незначительных изменениях привычной обстановки Например, тревога усиливается при переводе больного на другое место в палате, при появлении нового пациента

Классической картине инволюционной меланхолии свойственно сочетание тревожно-депрессивного аффекта с речевым и двигательным беспокойством, доходящим в более тяжелых случаях до возбуждения и даже неистовства (ажитированная депрес-

сия) Речь больных непоследовательна или бессвязна, состоит из обрывков фраз или бессмысленного перечня слов, сходных по звучанию и выражающих недоумение и тревогу (вербигерация) Больные всхлипывают, причитают, стонут, растерянно озираются, бестолково бродят или мечутся по помещению

Ажитация традиционно рассматривается как существенный клинический признак инволюционной депрессии Вместе с тем выраженное речевое и двигательное беспокойство или возбуждение не являются обязательными проявлениями этого психоза В последние десятилетия ажитированная депрессия встречается все реже Во многих случаях тревожно-тоскливый аффект сочетается не с ажитацией, а с замедленной, невыразительной речью, вялостью, малоподвижностью

У части больных депрессия сопровождается бредом Чаше встречаются бредовые идеи несправедливого обвинения, осуждения больного окружающими Бывают патологические идеи преследования, отравления, ущерба, ревности, ипохондрический бред Бредовые идеи самообвинения малохарактерны для инволюционной депрессии

Иногда на высоте тяжелой инволюционной меланхолии развивается бред депрессивно-фантастического содержания (бред Котара, или синдром Котара) Этот синдром характерен для психозов позднего возраста В более ранние возрастные периоды он возникает редко

Для синдрома Котара типичен нигилистический бред, или бред отрицания, — своеобразный чувственный бред, близкий к ипохондрическому Больные утверждают, что у них отсутствуют жизненно важные органы и функции (нет желудка, кишечника, пиша попадает непосредственно в брюшную полость и там накапливается, не перевариваясь, месяцами не бывает физиологических отправлении) В структуру синдрома могут входить идеи злого могущества (своим существованием больной причиняет неисчислимые страдания и гибель людям, всему человечеству, люди умирают, задыхаясь в заполнивших всю атмосферу ядовитых испарениях, миазмах, исходящих от больного) Бывают идеи мучитетьного бессмертия (больной считает себя обреченным на вечные страдания, подобно грешникам в аду) Распространение бредовых переживаний на целую страну, планету или даже вселенную является основанием для обозначения такого бреда мегаломаническим, или бредом громадности

Возникновение синдрома Котара свидетельствует об особой глубине, исключительной тяжести депрессии

Обманы восприятия в рамках инволюционной меланхолии возникают редко Возможны вербальные иллюзии и галлюцинации, содержание которых соответствует тревожно-депрессивному аффекту

Динамика инволюционной меланхолии чаще всего носит характер затяжного однократного приступа (Штернберг Э.Я.). При более остром начале психоза и своевременной активной терапии через несколько месяцев иногда наступает достаточно глубокая и стойкая ремиссия. Однако у большинства больных тревожно-депрессивная и бредовая симптоматика сохраняется в течение ряда лет в почти неизменном виде. Монотонность, однообразие аф-фекгивно-бредовых

расстройств — одна из клинических особенностей инволюционной депрессии.
Постепенно тревожно-депрессивные и бредовые проявления сглаживаются, становятся более скудными, формируется своеобразный психический дефект в виде уныло-пессимистической окраски эмоций, склонности к беспокойству по пустякам, косности, ригидности всех психических процессов. К выраженным органическим изменениям психики, слабоумию инволюционная депрессия не приводит. Отмечаемое у части больных некоторое ослабление памяти и интеллекта обусловлено естественными процессами старения и присоединением церебрального атеросклероза.
Клинические проявления и динамика инволюционного параноида (инволюционной паранойи). Начало болезни, как правило, медленное. Возникают и постепенно нарастают недоверчивость, подозрительность. В случайных высказываниях и поступках родственников, соседей больной усматривает признаки недоброжелательного отношения к себе, враждебности. Постепенно эти переживания трансформируются в интерпретативный бред, содержанию которого свойственны мелкомасштабность, конкретность и нередко правдоподобие Бред касается лиц из непосредственного окружения больного и повседневных житейских событий, что дает основания называть его бредом обыденных отношений или малого размаха.
Особенно характерен бред ущерба. Больные убеждены, что соседи или родственники притесняют их, тайком проникают в помещение, царапают мебель, пачкают и рвут белье, крадут мелкие деньги или вынимают мясо из кастрюли с супом. Нередко возникают идеи отравления, для обоснования которых привлекаются очередное недомогание, патологические ощущения в связи с соматической болезнью или возрастным недугом. Встречаются и паранойяльные ипохондрические идеи, идеи ревности. Иллюзии, галлюцинации возникают редко и не занимают существенного места в картине психоза.
В одних случаях бред сопровождается тревожной угнетенностью, в других — настроение больных несколько приподнятое, оптимистичное.
Больным часто присущи активность, стеничность в борьбе с мнимыми недоброжелателями. Больные обращаются с жалобами

и заявлениями на «обидчиков» в милицию, административные органы, призывают на помощь общественность.
Течение инволюционных параноидов обычно хроническое. У большинства больных бред сохраняется многие годы, а иногда и всю последующую жизнь, не обнаруживая склонности ни к про-грессированию, ни к обратному развитию. Выздоровления, как правило, не наступает Вместе с тем инволюционный параноид, как и инволюционная депрессия, не приводит к деменции.
У части больных бредовые переживания со временем становятся менее интенсивными, оказывают все меньшее влияние на поведение больных, приобретают отрывочный характер или поч-1И полностью нивелируются. Сохраняются лишь некоторая настороженность, подозрительность, эпизодические опасения враждебных действий со стороны отдельных лиц из ближайшего окружения. Параллельно отмечаются явления психической слабости, однообразие, инертность всех психических процессов.
27.2.2.2. Функциональные психозы старческого возраста
Психозы, предположительно обусловленные биологическими и социально-психологическими последствиями старения и не приводящие к выраженному органическому дефекту психики или слабоумию, возникают не только в пресениуме, но и в старости (после 60—65 лет)
У части больных проявления таких психозов идентичны или близки картине инволюционной депрессии или инволюционного параноида. В этих случаях одни психиатры квалифицируют их как поздние варианты пресенильных психозов, другие называют их функциональными психозами старческого возраста.
У престарелых наблюдаются и функциональные психозы иной психопатологической структуры: ворчливые депрессии, оп-тческие, вербальные, тактильные и обонятельные галлюцинозы, острые состояния спутанности с грубой дезориентировкой в окружающем, отрывочными галлюцинаторно-бредовыми переживаниями, двигательным беспокойством и амнезией периода психотических расстройств.
27.2.2.2.1. Рубрификация в МКБ-10
Инволюционную депрессию следует относить к разделу «Расстройства настроения», рубрифицируя как «Депрессивный эпи-юд» тяжелой или средней степени. Инволюционный параноид выделен в специальную подрубрику раздела «Шизофрения, шизо-гипические и бредовые расстройства». Функциональные галлюцинозы позднего возраста следует включать в подраздел «Другие неорганические психотические расстройства» того же раздела.

Этиология и патогенез. Отношение к функциональным психозам позднего возраста представителей разных психиатрических школ и направлений неоднозначно. Одни исследователи отрицают нозологическую самостоятельность этих психозов, рассматривая их как видоизмененные старением, атипичные варианты шизофрении, маниакально-депрессивного психоза, реактивных или соматогенных психозов. Другие психиатры признают существование особых функциональных психозов позднего возраста.
Сведения об этиопатогенезе функциональных психозов позднего возраста являются в значительной мере гипотетическими.
Давние представления об обусловленности этих психозов наступающими в ходе старения нейроэндокринными и другими биологическими сдвигами пока не получили достоверных научных доказательств. Значение процессов старения в генезе функциональных психозов позднего возраста отчасти подтверждается клиническими связями части этих психозов с патологическим климаксом.
Наиболее распространена концепция, в соответствии с которой функциональные психозы позднего возраста возникают в результате сочетанного действия целой группы факторов, прямо или косвенно связанных с инволюцией. К важнейшим из них относят, наряду с биологическим и психологическим старением, психические травмы и соматические вредности (Жислин С.Г., Плотников СМ.). Определенная роль в генезе этих психозов отводится неблагоприятным социально-психологическим последствиям старения: уход на пенсию, социальная изоляция, жилищ-но-бытовое и экономическое неблагополучие (Шахматов Н.Ф.). За рубежом получила признание гипотеза, в соответствии с которой функциональные психозы позднего возраста (особенно инволюционные параноиды) рассматриваются как неосознаваемые защитные реакции личности на ситуацию старения.
Установлена предрасположенность к функциональным психозам позднего возраста лиц определенного психического склада. Многим больным инволюционной депрессией преморбидно свойственны черты тревожной мнительности, гипотимный эмоциональный фон. Большинство больных инволюционным пара-ноидом изначально отличаются бескомпромиссностью, прямолинейностью, неуживчивостью, психической инертностью.
Конкретные патогенетические механизмы функциональных психозов позднего возраста неизвестны.
Диагноз. Диагностика функциональных психозов позднего возраста основана на выявлении впервые возникшего после 40—45 лет психотического состояния с характерной клинической картиной и течением: затяжной однократный приступ тревожной или тревожно-бредовой депрессии, хронический интерпретатив-

ный бреде преимущественно ущербной тематикой, затяжной галлюциноз. Диагнозу функционального психоза позднего возраста противоречит выявление таких продуктивных расстройств, как бред воздействия, псевдогаллюцинации, психические автоматизмы.
Обязательное условие диагностики этих психозов — отсутствие на отдаленных этапах выраженного органического снижения уровня личности или слабоумия.
Распространенность. Сведения о распространенности функциональных психозов позднего возраста фрагментарны и противоречивы. По разным данным, больные функциональными психозами составляют от 11 до 48% всех больных психозами в позднем возрасте.
Прогноз. Хотя функциональные психозы позднего возраста не приводят к слабоумию, их прогноз, как правило, неблагоприятный вследствие затяжного или хронического, многолетнего течения. Клиническое выздоровление наблюдается исключительно редко. Особенно неблагоприятны в прогностическом отношении острые состояния старческой спутанности, которые часто предшествуют летальному исходу.
Лечение и профилактика. Терапия функциональных психозов позднего возраста обычно начинается в стационаре и продолжается в амбулаторных условиях в течение длительного времени. В связи с обострениями психоза нередко возникает необходимость в повторных госпитализациях. Основное лечение — медикаментозное. Дозы большинства психотропных средств, назначаемых больным предстарческого возраста, составляют 2/3—1/2 средних доз соответствующих препаратов, применяемых у лиц молодого и среднего возраста. При лечении престарелых дозы психофармакологических средств уменьшаются до 1/3, а чаще до 1/4, по сравнению с дозами, используемыми у больных зрелого возраста.
Больным инволюционной депрессией показано сочетание антидепрессантов седативного или сбалансированного действия (амитрипти-лин, анафранил, рекситин, паксил) с нейролептиками.

При ажитиро-ванной депрессии используются нейролептики седативного действия (тизерцин, азалептин, пропазин). Наличие бредового компонента в структуре депрессивного психоза является основанием для назначения нейролептических средств с антипсихотическим действием — трифта-5ина, этаперазина, клопиксола в малых дозах, галоперидола в малых дозах, рисполепта. Во многих случаях оправдано назначение эглонила, учитывая его антидепрессивные и противобредовые свойства.
У больных инволюционного возраста с глубокой и с гойкой депрессией, бредом Котара при неэффективности психофармакотерапии и отсутствии соматических и неврологических противопоказаний используют электросудорожную терапию (6—10 сеансов).
При бредовых психозах и галлюцинозах применяют нейролептические средства с антипсихотическим эффектом.

Существенное место в комплексной терапии функциональных психозов позднего возраста принадлежит коррекции соматической патологии, возрастных недугов и уходу за физически не-мощными, неспособными к самообслуживанию больными. Психотерапия в форме успокаивающих и ободряющих бесед и житейских рекомендаций играет вспомогательную роль. Она направлена на восстановление и закрепление социальных связей
Профилактика функциональных психозов позднего возраста заключается прежде всего в предупреждении патологического климакса, преждевременного или быстропрогрессирующего старения и возрастных недугов Профилактическое значение имеют все мероприятия, повышающие устойчивость стареющей личности к биологическим и психологическим стрессам, достаточная активность после прекращения трудовой деятельности, замена утраченных интересов новыми, доступными по возрасту увлечениями, сохранение социальных связей.
Экспертиза. Больные функциональными психозами позднего возраста нетрудоспособны В случае совершения правонарушения признаются невменяемыми.
27.2.3. Сенильные и пресенильные деменции (атрофические заболевания головного мозга)
К сенильным и пресенильным деменциям относят состояния прогрессирующего тотального слабоумия с началом в позднем возрасте, которые обусловлены церебрально-атрофичес-ким процессом.
Наряду с разным возрастом начала сенильные и пресенильные деменции имеют ряд клинических и патологоанатомических отличии. Особенно значима в практическом отношении сениль-ная деменция.
27.2.3.1. Сенильная деменция (старческое слабоумие)
Клинические проявления и динамика. Сенильное слабоумие обычно развивается в возрасте 65-85 лет, хотя возможно и более раннее и более позднее начало Начало болезни почти всегда мед-ленное, малозаметное, с характерологических изменений. Эти изменения напоминают личностные сдвиги, свойственные естественному старению, но отличаются от последних выраженностью, утрированностью, более быстрым прогрессированием На инициальном этапе индивидуальные психологические особенности заостряются, а в дальнейшем сглаживаются Наступают патологические изменения личности, типичные именно для старческого слабоумия (сенильная психопатизация личности). Больные становятся в характерологическом отношении похожими друг на друга.

Им свойственны карикатурный эгоцентризм, черствость, скупость, собирательство старых ненужных вещей. Пропадают прежние интересы и увлечения Одновременно растормаживаются элементарные биологические потребности Неумеренно усиливается аппетит. Появляется своеобразная гиперсексуальность в виде повышенного интереса к молодым лицам противоположного пола, склонности к разговорам на эротические темы, а иногда и попыток развратных действии с малолетними. Преобладает угрюмо-раздражительное настроение. В целом душевная жизнь становится все более примитивной, однообразной.
Уже на начальном этапе заболевания возникают признаки мнестико-интеллектуальнои недостаточности, которая неуклонно нарастает, выступает на первый план и со временем достигает уровня глубокого слабоумия, распада всей психической деятельности.
Прежде всего страдает механическая память. Далее выявляется фиксационная амнезия, приводящая сначала к дезориентировке во времени, а затем и в окружающей обстановке. Значительно позднее расстраивается ориентировка в собственной личности, иногда доходящая до неузнавания собственного отражения в зеркале. Последующие расстройства памяти развиваются по закономерностям прогрессирующей амнезии Запасы памяти утрачиваются в направлении от недавно приобретенных, менее прочных знании и навыков, ко все более старым

и автоматизированным Со временем память опустошается настолько, что больные не знают, где они живут, сколько у них детей, не помнят их имен, не могут назвать свои возраст, профессию. Пробелы в памяти часто заполняются ложными воспоминаниями (замещающими конфабуляциями).
Нарушения мышления, начинающиеся с трудностей при абстрагировании и обобщении, установлении причинно-следственных связей, также постоянно нарастают и доходят до непонимания простейших вопросов, невозможности осмысления окружающей обстановки. Речь сравнительно долго остается упорядоченной, однако со временем и она грубо расстраивается, превращается в бессмысленную болтливость.
Восприятие постепенно становится все более нечетким, расплывчатым.
У части больных возникает «сдвиг ситуации в прошлое». У них полностью утрачивается память о последних годах, десятилетиях, а затем и большей части своей жизни. Одновременно оживляются воспоминания о далеком прошлом. Больные погружаются в воспоминания о юности, молодости и в этом ракурсе воспринимают и оценивают происходящее вокруг них. Утверждают, что им не 80 лет, а 20, что недавно вышли замуж и имеют малолетних де-

теи. Обстановку больничной палаты принимают за квартиру, в которой когда-то жили Узнают в окружающих давно умерших родственников, друзей
Характерно извращение формулы сна: продолжительный дневной сон сочетается с ночной бессонницей, сопровождающейся суетливостью, бесцельными хождениями Ночью нередко возникают эпизоды спутанного сознания с ложной ориентировкой, сборами в дорогу, попытками ухода.
Настроению на более ранних этапах свойственны угрюмость, постоянное недовольство, ворчливость, которые позднее сменяются тупой беспечностью, эйфорией.
Поведение больных в начале ослабоумливающею церебраль-но-атрофического процесса относительно упорядоченное. Постепенно они становятся все более суетливыми, бестолковыми, беспомощными в житейских делах, неспособными к самообслуживанию и неряшливыми Нередко больные внезапно уходят из дома и не могут найти дорогу назад, наполняют жилье газом, затопляют его, совершают поджоги.
Течение сенильнои деменции непрерывно- или волнообраз-нопрогрессирующее. Нередко отмечается разрыв между глубоким распадом психической деятельности и относительной физической сохранностью
Часть больных доживают до стадии маразма На этой стадии они почти неподвижны, безучастны, лежат в эмбриональной позе, практически недоступны общению, речевому контакту. Сохраняются лишь некоторые жизненные биологические потребности.
Смерть чаще наступает в ходе интеркуррентных заболеваний. От появления начальных признаков старческого слабоумия до летального исхода проходит 2—10 лет.
Психозы у больных сенильнои деменцией. У большинства больных старческим слабоумием психотических расстройств не отмечается {простая форма сенильнои деменции). Примерно у 10% больных возникают психозы {психотическая форма старческого слабоумия). Психоз обычно развивается на относительно ранних этапах болезни. Чаще встречается мелкомасштабный бред ущерба, преследования, ограбления, отравления. Реже возникают гал-люцинозы, галлюцинаторно-бредовые состояния, парафренные состояния с бредом и конфабуляциями фантастического содержания. По мере прогрессирования слабоумия продуктивная психотическая симптоматика становится все более скудной, фрагментарной и в итоге исчезает
27.2.3.1.1.Рубрификация в МКБ-10
Сенильная деменция включена в раздел «Органические, включая симптоматические, психические расстройства» Она

введена в подраздел «Деменция при болезни Альцгеимера» как ее вариант с поздним началом.
Этиология, патогенез и патологическая анатомия. Многие ге-ронтопсихиатры относят сенильную деменцию к ^щогенно-ор-ганическим психическим заболеваниям и рассматривают ее как выражение патологического старения всего организма и мозга.
Определенное значение в развитии сенильнои деменции придается наследственным факторам. Доказано, что риск возникновения сенильнои деменции у родственников больных старческим слабоумием существенно выше, чем у остального населения
Известная роль в развитии сенильнои деменции отводится тяжелым соматическим заболеваниям Предполагается, что возникновению сенильнои деменции способствуют

возрастная недостаточность иммунных систем и аутоиммунные процессы, приводящие к деструктивным изменениям в центральной нервной системе.
Анатомической основой сенильнои деменции являются диффузная атрофия коры головного мозга и ряд сопутствующих ей морфологических изменений. При патологоанатомическом исследовании обнаруживают уменьшение массы головного мозга до 1000 г и менее, истончение извилин и расширение борозд, расширение желудочков мозга вследствие внутренней гидроцефалии, вторичное сдавление гипофиза.
Микроскопические исследования показывают, что количество нервных клеток значительно уменьшено Определяются сморщивание или набухание клеток паренхимы мозга, дистрофические и некротические изменения в них Для мозга больных сенильнои демен-цией особенно характерны множественные сенильные бляшки, которые представляют собой пораженные амилоидозом участки нервной ткани Кроме того, в нейронах коры мозга встречаются своеобразные изменения нейрофибрилл (альцгеимеровские нейрофибриллы)
Сходные морфологические сдвиги нередко обнаруживают и при макро- и микроскопическом исследовании головного мозга лиц, умерших в старческом возрасте, но не страдавших сенильнои деменцией Однако у них отмеченные изменения носят менее регулярный и выраженный характер.
Диагноз. Основанием для диагностики сенильнои деменции является возникающее в старости и неуклонно нарастающее обеднение всей психической деятельности, которое в течение нескольких лет приводит к тотальному слабоумию, а в дальнейшем и к маразму. Существенное диагностическое значение имеют выявляемые при компьютерной и магнитно-резонансной томографии признаки диффузной атрофии коры головного мозга, внутренней гидроцефалии в виде расширения мозговых желудочков.

Распространенность. Сенильная деменция относится к частым формам психической патоложи позднего возраста. Старческим слабоумием страдает 5—10% всех лиц старше 65 лет В группах позднего возраста с увеличением возраста риск возникновения се-нильной деменции растет. Среди больных старческим слабоумием женщин в 2 раза больше, чем мужчин
Прогноз сенильных деменции крайне неблагоприятный в связи с неизбежностью возникновения глубокого слабоумия, маразма и гибелью больных в пределах 8—10 лет от появления первых клинических признаков деменции. Несколько лучше прогноз при особенно позднем начале старческой деменции (после 80—85 лет). В этих случаях темп нарастания слабоумия более медленный.
Лечение, уход и профилактика. Больные старческим слабоумием прежде всего нуждаются в наблюдении и уходе. Необходимо обеспечить больным диетическое питание, следить за регулярностью физиологических отправлений, чистотой кожи, добиваться посильной двигательной активности и по возможности привлечения к простейшим формам деятельности Должен быть обеспечен постоянный контроль за поведением больных, поскольку они могут совершать опасные поступки
Эффективная терапия сенильной деменции не разработана Остановить ослабоумливающий процесс не удается.
В основном применяется симптоматическое лечение, направленное на поддержание деятельности сердечно-сосудистой системы и других жизненно важных соматических функций Используются витамины и лекарственные средства, предназначенные для коррекции возрастных недугов
В настоящее время на более ранних этапах сенильно-атрофи-ческого процесса иногда используют курсовое лечение высокими дозами церебролизина, сермионом, амиридином, которое у части больных приводит к приостановке прогрессирования болезни и даже к ослаблению м нести ко-интеллектуальной недостаточности. Однако улучшение состояния всегда бывает преходящим
При возникновении психозов применяют лучше переносимые нейролептики (сонапакс, хлорпротиксен, этаперазин, рисполепт) и мягкие антидепрессанты (пиразидол, коаксил, ципрамил). Дозы большинства психотропных средств должны составлять не более 1/3—1/4 средних доз, используемых у больных зрелого возраста. При более выраженной сенильной психопати-зации, старческой суетливости используют малые дозы сонапак-са, хлорпротиксена, неулептила.
Больные сенильной деменцией нуждаются в госпитализации лишь при возникновении психоза или грубых расстройствах поведения. Следует учитывать, что всякое изменение привычного

уклада жизни, включая помещение в больницу, может способствовать ухудшению психического и физического состояния больных старческим слабоумием, приближению летального исхода. Реальные меры профилактики сенильных деменции не известны. Определенное профилактическое значение может иметь своевременная эффективная терапия соматической патологии у лиц позднего возраста.
Экспертиза. Больные сенильнои деменциеи нетрудоспособны; нуждаются в уходе и недееспособны В случае совершения противоправных действии признаются невменяемыми.
27.2.3.2. Пресенильные деменции
Пресенильные деменции — сборная группа развивающихся в предстарческом возрасте состояний слабоумия, обусловленных атрофией мозга. В рамках пресенильных деменции выделяют ряд самостоятельных нозологических форм, среди которых ведущее место с учетом их большей встречаемости принадлежит болезням Альцгеимера и Пика. Другие заболевания, относящиеся к пресе-нильным деменциям (хорея Гентингтона, болезнь Паркинсона), диагностируются очень редко.
Болезнь Альцгеимера. Заболевание описано А.Альцгеимером в 1906 г. Оно развивается в возрасте 45—65 лет, чаще всего в 55—60 лет.
Дебют болезни медленный, течение — прогредиентное Осла-боумливающии процесс начинается с мнестических нарушений в виде ослабления памяти на текущие события, которое постепенно переходит в фиксационную амнезию, а затем в прогрессирующую амнезию Возникает глубокая амнестическая дезориентировка. В течение нескольких лет почти полностью опустошаются запасы знаний и умении. В отличие от старческой деменции для болезни Альцгеимера не характерны конфабуляции, сдвиг ситуации в прошлое.
Параллельно с расстройствами памяти нарастают нарушения мышления Они начинаются с затруднений в более сложной ана-литико-синтетической деятельности, а заканчиваются полной интеллектуальной беспомощностью В итоге выявляется глубокое слабоумие.
На ранних этапах болезни нередко возникают продуктивные психотические расстройства в виде мелкомасштабного бреда ущерба, отравления, ревности, реже — в форме галлюциноза. У многих больных отмечаются эпилептиформные припадки
Одна из особенностей болезни Альцгеимера, по сравнению с сенильнои деменциеи, состоит в том, что на ее начальной стадии сохраняется сознание собственной несостоятельности, болезненной измененности, которому сопутствуют тревога и растерянность, позднее сменяющиеся безучастностью, полным равнодушием.

Самое существенное клиническое своеобразие болезни Альц-геймера заключается в сочетании усиливающейся интеллектуаль-но-мнестическои недостаточности с нарастающими расстройст-вами высших корковых функции — речи, чтения, письма, счета, гнозиса и праксиса
Первые признаки неврологических нарушений корковых функций часто удается обнаружить уже на ранних этапах заболевания (Гаврилова СИ.) Они выражаются в затрудненном осмыс-лении чужой речи, в нечеткости произношения, затруднениях и ошибках при письме, чтении, счете, забывании названий отдельных предметов. Указанные нарушения интенсивно прогрессируют и сменяются сенсорной, амнестическои и агностической афазией. Речь становится все более дизартричной, все большее место в ней занимают стереотипные речевые обороты, междометия, вводные слова. Происходят задержки при произнесении начальных букв и слогов, многократное повторение их (логоклоничес-кое заикание). В дальнейшем активная речь ограничивается бессмысленным повторением обрывков слов или отдельных звуков Почти полностью утрачиваются способности чтения, письма, счета.
Начальная неловкость движений со временем превращается в неспособность к наиболее автоматизированным, жизненно необходимым действиям. Больные как бы разучиваются вставать, садиться, ходить. Они молча лежат, почти не меняя положения.
Продолжительность болезни от 1—2 до 8—10 лет Смерть чаще наступает в ходе присоединившейся респираторной инфекции.
Болезнь Пика. Заболевание описано А Пиком в конце XIX века. Оно обычно начинается постепенно в возрасте 40—65 лет. Особенно часто его первые проявления возникают в 55—60 лет
На начальной стадии болезни Пика, в отличие от болезни Альцгеймера, преобладают эмоционально-волевые нарушения, а не расстройства интеллектуально-мнестической сферы. Особенно характерна аспонтанносты безучастность, пассивность, отсутствие внутренних побуждений к деятельности при сохраняющейся способности к действиям под влиянием стимулов извне Реже выявляются симптомокомплекс, клинически сходный с картиной

прогрессивного паралича, в виде снижения морально-этического уровня личности, беспечности, эйфории, расторможения влечений, некритического отношения к собственному поведению (псевдопаралитический синдром)
Одно из отличий болезни Пика от болезни Альцгеймера заключается в преобладании нарастающей интеллектуальной недостаточности (ослабление способностей к обобщению и абстрагированию, построению адекватных суждений и умозаключений,

установлению причинно-следс!венных зависимостей) над расстройствами памяти Выраженные нарушения памяти возникают поздно, амнестическая дезориентировка отсутствует Значительно реже, чем при болезни Алыдгеимера, возникают галлюцина-торно-бредовая симптоматика и эпилептиформные припадки.
При болезни Пика среди проявлении тотального слабоумия ведущее место занимают расстройства речи, тогда как характерные для болезни Альцгеимера нарушения гнозиса и праксиса выражены значительно меньше
Расстройства речи, начинаясь с затрудненного понимания чужой речи, смыслового и грамматического упрощения, обеднения собственной речи, со временем переходят в речевую беспомощность. Речь насыщается персеверациями, эхолалиями, постепенно утрачивает фразовый характер, сводится к бессмысленному повторению одних и тех же словосочетании и слов («стоячий симптом», типичный именно для болезни Пика). Позднее наступает мутизм.
У части больных развивается маразм Больные умирают в результате вторичных инфекции спустя 5—6 лет от начала ослабоум-ливающего церебрально-атрофического процесса.
27.2.3.2.1. Рубрификация в МКБ-10
Болезнь Альцгеимера включена в раздел «Органические, включая симптоматические, психические расстройства», в рубрику «Деменция при болезни Альцгеимера с ранним началом» Болезнь Пика рубрифицирована в том же разделе под названием «Деменция при болезни Пика»
Этиология, патогенез и патологическая анатомия. В этиологии болезней Альцгеимера и Пика определенное значение придается генетическим факторам. У большинства больных пресенильными деменциями наследственность психопатологически не отягощена. Вместе с тем выявляются семейные случаи болезней Альцгей-мера и Пика. Для родителей, братьев и сестер лиц, страдающих болезнями Альцгеимера и Пика, риск возникновения пресениль-ной деменции выше, чем в общем населении.
При этих формах психической патологии обнаружены разнообразные отклонения в синтезе белков и их функциях на клеточном уровне, установлены нарушения взаимодействия неиротран-смиттерных систем, сниженная концентрация ацетилхолина, ка-техоламинов и повышенное содержание некоторых микроэлементов в мозговых тканях. С этими биохимическими сдвигами гипотетически связывают атрофию головного мозга, являющуюся анатомической основой болезней Альцгеимера и Пика
Церебральные патоморфологические изменения при болезни Альцгеимера сходны с таковыми при сенильной деменции. Их наиболее существенная особенность заключается в избиратель-

ном, а не диффузном характере церебрально-атрофического процесса, который при болезни Альцгеймера преимущественно локализуется в височных и теменных долях. Избирательность мозговой атрофии сочетается с ее большей выраженностью.
Как и при старческом слабоумии, микроскопически определяется значительное количество сенильных бляшек. Именно для этого заболевания особенно характерны своеобразные патологические изменения в нейрофибриллах (альцгеймеровское перерождение нейрофибрилл).
При болезни Пика, как и при болезни Альцгеймера, атрофия мозга избирательна, но имеет иную локализацию. В атрофичес-кий процесс предпочтительно вовлекаются наряду с височными лобные, а не теменные доли.
Микроскопические изменения в мозге существенно отличаются от микроскопической картины болезни Альцгеймера. Старческие бляшки и альцгеймеровские нейрофибриллы, как правило, не обнаруживаются. Определяются атрофия и гибель части корковых нейронов и набухание нервных клеток за счет особых внутриклеточных образований (телец Пика), а также накопление липоидов в клетках паренхимы мозга и глиоцитах.
Диагностика. Распознавание пресенильных деменций основывается на возникновении в предстарческом возрасте прогрессирующего слабоумия тотального типа. Более раннему выявле-нию типичных для этих заболеваний интеллектуально-мнестиче-ских нарушений и расстройств высшей корковой деятельности способствует применение экспериментально-психологических методик. Диагностическое значение имеет компьютерная томография, обнаруживающая

атрофию головного мозга, внутреннюю гидроцефалию, расширение желудочков мозга. При разграничении болезней Альцгеймера и Пика учитывают их клинические особенности, приведенные выше, и различия в локализации мозгового атрофического процесса, определяемые при помощи компьютерной томографии (атрофия преимущественно теменных и височных областей при болезни Альцгеймера и лобно-височных при болезни Пика).
Распространенность. Заболеваемость и болезненность пресе-нильными деменциями изучены недостаточно. Есть данные, что риск возникновения пресенильных деменций равен 0,1%. Среди всех госпитализированных в психиатрические стационары лица, страдающие болезнью Альцгеймера, составляют 0,3—0.5%. Болезнь Пика встречается в 2—4 раза реже болезни Альцгеймера. Эти болезни диагностируются значительно реже, чем сенильное слабоумие. Среди лиц с болезнями Альцгеймера и Пика женщин существенно больше, чем мужчин.

Прогноз пресенильных деменций крайне неблагоприятный вследствие фатального и быстрого распада психической деятельности и наступления смерти в ближайшие несколько лет от начала болезни.
Лечение и профилактика. Лечение болезней Альщеимера и Пика практически не отличается от терапии сенильнои деменций. Методы лечения, способные надолго замедлить или остановить ослабоумливающий процесс, пока не найдены. Проводится терапия сопутствующих соматических заболевании и возрастных недугов, отдаляющая в части случаев летальный исход. Психотропные средства в малых дозах назначаются при вожикновснии психоза, более грубых расстройствах поведения и нарушениях сна. Исключительно важен системашческии уход за больными.
Экспертиза. Больные пресенильными деменциями нетрудоспособны, неспособны к самообслуживанию и недееспособны. В случае совершения правонарушений они признаются невменяемыми.

Глава 28. ПСИХОГЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Под психогенными заболеваниями понимают различные расстройства психической деятельности, включающие острые и затяжные психозы, психосоматические нарушения, неврозы, аномальные реакции (патохарактерологические и невротические) и психогенное развитие личности, возникающее под влиянием психической травмы или в психотравмирующей ситуации.
Сама психическая травма представляет собой весьма сложное явление, в центре которого находится субклиническое реагирование сознания на саму психическую травму, сопровождающееся своеобразной «защитной» перестройкой, происходящей в системе психологических установок в субъективной иерархии значимого Эта защитная перестройка обычно нейтрализует патогенное действие психической травмы, предотвращая тем самым развитие психогенной болезни В этих случаях речь идет о «психологической защите», выступающей как весьма существенная форма реакции сознания на перенесенную психическую травму
Понятие «психологическая защита» сформировалось в психоаналитической школе и, согласно взглядам представителей этой школы, в «психологическую защиту» входят специфические приемы переработки переживаний, нейтрализующие патогенное влияние этих переживаний Они включают феномены типа «вытеснения», «рационализации», «сублимации» и др.
Психологическая защита является нормальным повседневным психологическим механизмом, играющим большую роль в сопротивлении организма болезни и способным предотвращать дезорганизацию психической деятельности.
В результате проведенных исследовании выделены люди, «хорошо психологически защищенные», способные к интенсивной переработке патогенных воздействии, и «плохо психологически защищенные», которые неспособны развить эту защитную активность У них легче возникают клинически очерченные формы психогенных заболеваний.
Общим признаком всех психогенных расстройств является обусловленность их аффективным психогенным состоянием — ужасом, отчаянием, оскорбленным самолюбием, тревогой, страхом Чем острее и выраженнее аффективное переживание, тем отчетливее аффективно-суженное изменение сознания. Особенностью этих расстройств являются единство структуры всех наблюдаемых расстройств и связь их с аффективными переживаниями
Среди психогенных расстройств выделяют продуктивные и негативные. Для отграничения продуктивных расстройств психогенной природы от других психических заболеваний пользуются

критериями К.Ясперса, которые, несмотря на формальный характер, имеют значение для диагностики:

- болезнь возникает вслед за психической травмой;
- содержание психопатологических проявлении вытекает из характера психической травмы и между ними существуют психологически понятные связи;
- все течение болезни связано с травмирующей ситуацией, исчезновение или дезактуализация которой сопутствуют прекращению (ослабление)заболевания

В 1910 г. К.Ясперс сформулировал понятие об аномальном, или патологическом, развитии личности. Это понятие было необходимо, чтобы отдифференцировать изменения личности при шизофрении от изменении личности при других заболеваниях, в том числе и психогенных, т.е. не1ативных расстройств.

К.Ясперс подчеркивал, что при психогенных заболеваниях у личности не возникает новых черт, не свойственных им ранее, а появляются те особенности реакции и поведения, которые были характерны для больного в более молодом возрасте и в процессе жизни оказались подавленными более адекватными для окружающей среды формами поведения. Иными словами, в результате психогенного заболевания у больного утрачивалась сдержанность, умение прогнозировать ситуацию, оценивать ее более широко, принимать соответствующее решение и т.д.

В связи с тем что при аномальном развитии личность утрачивает свойственные ей качества, способствующие ее адаптации к окружающей среде, у нее возникают патохарактерологические расстройства, т.е. психопатизация личности Эти расстройства можно оценить как негативные, как возникающий дефект личности, утрату выработанных в течение жизни качеств личности, характерные именно для психогенных заболеваний (Лакосина Н.Д.).

28.1. Реактивные психозы

Под реактивными психозами понимают болезненное расстройство психики, возникающее под влиянием психической травмы и проявляющееся целиком или преимущественно неадекватным отражением реального мира с нарушением поведения, изменением различных сторон психической деятельности с возникновением не свойственных нормальной психике явлений (бред, галлюцинации и др).

Для всех реактивных психозов характерно наличие продуктивной психопатологической симптоматики, аффективно-суженного состояния сознания, в результате чего утрачивается способность адекватно оценивать ситуацию и свое состояние.

28.1.1. Клинические проявления

Разнообразие реактивных психозов можно условно в зависимости от характера психической травмы и клинической картины разделить на три группы I) аффективно-шоковые реакции, возникающие обычно при глобальной угрозе жизни большим континген-там людей (землетрясения, наводнения, катастрофы и тд), 2) истерические психозы, которые возникают, как правило, в ситуациях, угрожающих свободе личности, 3) психогенные психотические расстройства (параноиды, депрессии), обусловленные субъективно значимыми психическими травмами, те психическими травмами, имеющими значение для определенной личности

28.1.1.1. Аффективно-шоковые реакции

Это кратковременные психотические состояния, возникающие в ситуациях, остро угрожающих жизни Они характеризуются переживанием ужаса, отчаяния, глубоким аффективно-суженным состоянием сознания, из-за чего утрачивается контакт с окружающими, двигательными и вегетативными расстройствами Выделяют гипо- и гиперкинетические варианты аффективно-шоковых реакций

Гипокинетический вариант характеризуется внезапно возникшей в травмирующей ситуации двигательной заторможенности («остолбенел от страха»), достигающей в ряде случаев полной обездвиженности и мутизма (аффектогенный ступор) В таком состоянии больные не воспринимают окружающее, на лице у них выражение страха, ужаса, глаза широко открыты, кожные покровы чаще бледные покрыты холодным потом, наблюдаются непроизвольное мочеиспускание, дефекация Гипокинетический вариант соответствует описанию Э Кречмером (1924) состояния «мнимой смерти» Воспоминания об этом периоде у больных отсутствуют

Гиперкинетическии вариант отличается острым психомоторным возбуждением — «двигательной бурей» по Э Кречмеру Больные бесцельно мечутся, стремятся куда-то бежать движения хаотичны, нецеленаправленны На лице у них выражение ужаса, они часто издают нечленораздельные звуки, кричат, рыдают Состояние сопровождается выраженными вегетативными реакциями тахикардией, потливостью, бледностью или гиперемией кожных

покровов, непроизвольными мочеиспусканием и дефекацией Воспоминания об этом периоде не сохраняются
Продолжительность аффективно-шоковых реакций — от нескольких минут до нескольких часов, реже дней
Аффективно-шоковые реакции у детей и подростков проявляются в тех же вариантах У детей отмечается значительная выра-

женность вегетативных расстройств замедление пульса, акроци-аноз, озноб, гипертермия, обездвиженносгь обычно частичная Выраженность реакций часто обусловлена поведением взрослых
У подростков аффективно-шоковые реакции могут встречаться в виде «мнимой смерти» и «двигательной бури»
Острое транзиторное сумеречное состояние как гиперкинетический вариант часто проявляется паническим бегством, нецеленаправленными действиями и амнезией на период этого расстройства
Гипокинетический вариант — острый реактивный ступор характеризуется внезапным оцепенением, мутизмом и амнезией У подростков наряду с отмеченными расстройствами при аффективно-шоковых реакциях наблюдаются обморочные состояния головная боль и головокружение
Кроме двух вариантов аффективно-шоковых реакций, у подростков выделяют особый вариант нарушенного сознания — эмоциональный ступор В этом состоянии подросток, оказавшийся в тяжелой травмирующей ситуации, совершает сложные целенаправленные действия, чтобы спастись от опасности и спасти других, с полной эмоциональной безучастностью к происходящему Амнезия при этом бывает частичная и касается главным образом происходящих событии (Личко А Е)
28.1.1.2. Истерические психозы
С истерическими психозами чаще приходится встречаться судебным психиатрам, и только некоторые их варианты встречаются в общей психиатрической практике К истерическим психозам относят псевдодеменцию, пуэрилизм, синдром Ганзера, синдром бре-доподобных фантазии и синдром регресса психики («одичания») Четких границ между отдельными формами не наблюдается — возможны как сочетания их, так и переходы одной формы в другую
Истерические психозы иногда называют психогенными расстройствами сознания Сознание при них бывает сужено под влиянием аффекта — аффективно-суженное или изменено в виде погружения в фантастические переживания
На период психоза наблюдается амнезия, что указывает на состояние измененного сознания
Псевдодеменция. Относительно легким и неглубоким из истерических расстройств считается псевдодеменция Обычно через несколько недель после привлечения человека к ответственности и в ожидании наказания поведение его становится неправильным Он перестает правильно отвечать на вопросы, с нарочито расстроенным выражением лицам оглядывается по сторонам, таращит глаза, как бы изображая слабоумного и беспамятного На

простые вопросы дает нелепые ответы, но, как правило, по содержанию вопроса. Неправильные ответы иногда сочетаются с неправильными действиями: так, больной, успешно совершая более сложные движения, не может отпереть ключом дверь, открыть коробку спичек и совершить другие простейшие операции. Типичной особенностью псевдодементного состояния является контраст между неправильными ответами, поступками и действиями в простых обстоятельствах при одновременном сохранении сложных решении и действии
Псевдодементное поведение может продолжаться до нескольких недель, после чего происходит восстановление психических функций.
Пуэрилизм. Пуэрилизм (or лат. puer — дитя, ребенок) также возникает под влиянием психической травмы и сопровождается истерическим сужением сознания. Речь больных становится детской, они говорят с детскими интонациями, шепелявят, иногда не выговаривают отдельные буквы, неправильно, как дети, произносят слова, обращаясь к окружающим, называют их «дяди» и «тети», заявляют, что хотят «на ручки», «в кроватку». В движениях, гримасах также проявляется детскость. Больные суетливы, дотрагиваются до всех предметов, не ходят, а бегают мелкими детскими шажками. Аффективные реакции сопровождаются детской мимикой. Они надувают губы, хнычут, сосут пальцы, топают ногами, когда им что-то не дают, играют коробочками, катают их, как машинки.

Псевдодеменция и явления пуэрилизма могут наблюдаться и при остром истерическом сумеречном расстройстве сознания, которое было описано С.Ганзером в 1897 г. и с тех пор называется синдромом Ганзера.
Синдром Ганзера. Характеризуется истерическим сумеречным помрачением сознания с преобладанием в клинической картине явлений мимоговорения (неправильные ответы на вопросы).
Бредоподобные фантазии (бредоподобные идеи) — возникающие у больных реактивным психозом идеи преследования, величия, реформаторства, обвинения и самообвинения и т.д., содержание которых изменяется в зависимости от внешних обстоятельств. В огличие от бреда при бредоподобных фантазиях у больного отсутствует убежденность в этих идеях; они сопровождаются театральностью поведения. Больные рассказывают о своих изобретениях, открытиях, космических полетах, богатствах, успехах, иногда пишут научные труды. В содержании высказываний прямо или косвенно звучит травмирующая ситуация. На период бре-доподобных фантазий может наблюдаться полная или частичная амнезия. В процессе развития истерического психоза бредопо-

добные фантазии могут возникнуть после псевдодементного поведения или пуэрилизма, при утяжелении психоза после бредопо-добных фантазий могут появиться псевдодементные или пуэ-рильные формы поведения.
Синдром регресса психики («одичания»). Этим термином обозначаю! возникающее на фоне истерического расстройства сознания поведение больного, напоминающее повадки животного. Больной не носит белье, бегает на четвереньках, лакает из миски, издает нечленораздельные звуки, проявляет агрессивность, кусается, рычит, пищу обнюхивает, при приближении скалит зубы, принимает угрожающую позу.
Такое состояние может возникнуть остро при психической травме особой тяжести либо при утяжелении состояния после других истерических расстройств.
У детей истерические психозы наблюдаются крайне редко. Они могут проявляться в виде кратковременных состояний пуэрилизма или псевдодеменции: дети начинают вести себя, как младенцы, картавят, лепечут, просятся на руки. При псевдодеменции не могут ответить на простые вопросы, не говорят, а показывают жестами, что не знают, неправильно определяют части своего тела.
У подростков истерические психозы наблюдаются редко, обычно в случаях привлечения к судебной ответственности. Истерические психозы у подростков, как и у взрослых, могут прояв-ляться в виде пуэрилизма, псевдодементного поведения, бредо-подобных фантазий. Считается, что истерические психозы у подростков если и возникают, то на фоне истероидной психопатии.
28.1.1.3. Реактивные психозы, обусловленные субъективно значимой психической травмой
К этой группе относятся различные варианты психогенных депрессий и психогенные бредовые состояния.
Реактивные депрессии. Реактивные депрессии как самостоятельное психогенное заболевание выделены французским ученым Е.Регли (1910). Выраженность депрессивных переживаний различна, диапазон их колеблется от психологически адекватных переживаний утраты, сопровождающихся грустью и подавленностью, до витальной глубокой тоски с переживанием безысходности, невосполнимости утраты и идеями самообвинения.
Наиболее частой психической травмой, приводящей к депрессии, является ситуация эмоционального лишения, т.е. потеря близкого, его смерть, отъезд, уход. «Эмоциональным лишением» является и переезд, особенно пожилого и одинокого человека, в

другое место с утратой эмоциональных привязанностей и эмоциональных контактов (описаны депрессии у пожилых в связи с переездом), переезд в другую страну, вынужденная жизнь далеко от родины и близких
В зависимости от закономерностей развития депрессивной симптоматики выделяют чистую, или простую, депрессию, истерическую и тревожную
Депрессивная симптоматика возникает обычно через несколько дней после известия о случившемся несчастье Считается, что в эти дни происходит внутренняя обработка, оценка зна-чимости потери
В момент известия о трагическом событии у части больных, у которых может возникнуть истерическая или тревожная депрессия, наблюдаются кратковременные аффективно-шоковые реакции (гипо- и гиперкинетические) Они являются прогностическим признаком клинического

варианта реактивной депрессии и представляют опасность для больного, так как в состоянии психомоторного возбуждения с аффективной суженностью сознания они могут внезапно выпрыгнуть из окна, броситься под машину

При чистой, или простои, депрессии, как правило, не наблюдается аффективно-шоковой реакции, вся клиническая картина исчерпывается депрессивными расстройствами, тоскливое настроение обычно сопровождается двигательной заторможенностью, замедлением течения мыслительных процессов Все переживания сконцентрированы на случившемся, отвлечь внимание, переключить мысли на другие события обычно не удается Будущее рисуется в мрачных красках, возникают идеи самообвинения Тоскливое настроение усиливается к вечеру и при оживлении воспоминаний о психотравмирующей ситуации (беседа, встреча с людьми, посещение тех мест, где произошло несчастье, кладбища и тд)

Депрессия сопровождается вегетативными симптомами — расстройствами сна и аппетита, тахикардией, гипергидрозом, ги-пертензией Могут наблюдаться гипнагогические галлюцинации, отражающие содержание психической травмы

Больная Р , 46 лет Росла и развивалась правильно, училась хорошо, по характеру была спокойной, уравновешенной, общительной Первый муж погиб на фронте, тяжело переживала его смерть Второй брак улачный, муж хорошо относился к ней и сыну от первого брака Родила еще двух детей, но особую привязанность испытывала к старшему сыну Во время купания он утонул в реке Получив известие, ничего не могла сказать — «застыла на месте» После похорон стала тосклива, лежала в постели, отказывалась от еды, высказывала суицидальные мысли, уверяла, что она виновата в смерти сына, «не уберегла», «недосмотрела» По вечерам слышала его шаги, звонок в дверь, голос Плохо спала, засыпала с трудом, просыпалась с чувством тяжести на сердце Все мысли сосредоточились на несчастье

Была убеждена в исключительности своего горя и своей потери О будущем думать не могла «Все стало мрачным и сейчас и в будущем» О младших детях не заботилась и не думала Вспоминала мельчайшие подробности из жизни по! ибшего сына, его слова, выражения, привычки, поступки Ходила медленно, часами сидела в одной позе с выражением скорби на лице Аппетит понижен «все как трава» Пульс учащен до 96 ударов в минуту Артериальное давление 150/90 мм рт ст , гипергидроз, запоры

В данном наблюдении реактивная депрессия возникла у личности без психопатических черт в преморбидном периоде Развитию болезни предшествовала тяжелая психическая травма типа «эмоционального лишения» — внезапная смерть 20-летнего сына Клиническая картина реактивного психоза исчерпывалась только депрессивной симптоматикой, поэтому о таких вариантах говорят как о «чистых», или простых, психогенных депрессиях

При истерическом варианте депрессии аффект тоски бывает менее глубоким, сочетается с недовольством, раздражительностью и капризностью Тоска сопровождается демонстративным поведением, театральностью, стремлением вызвать к себе сочувствие окружающих Идей самообвинения, как правило, не бывает или они носят нарочитый, демонстративный характер Чаше имеется тенденция обвинять окружающих в своих несчастьях На фоне депрессии могут наблюдаться истерические «стигмы», расстройства походки, блефароспазм, параличи, афония и др Психогенные галлюцинации обычно ярки и сценоподобны больные могут видеть целые сцены, связанные с психической травмой, или умершего родственника, разговаривают с ним, кормят его и т д

Больная А , 25 лет Развитие правильное Окончила школу с золотой медалью, поступила в университет, отличалась непосредственностью реакций, эмоциональной живостью, всегда выглядела моложе паспортного возраста В 24 года полюбила молодого человека, который был моложе ее на 6 лет Решила выйти за него замуж После конфликта (она отказалась ехать вместе с ним на работу в город, где жили его родители) молодой человек повесился

В первый момент не могла осознать, что случилось, бесцельно металась по комнате Затем возникла слабость, все время лежала, плохо спала, боялась выключить свет Окружающее было, «как в тумане», «говорили как не про меня» Ходила с трудом, ноги были «как резиновые» Вовремя еды возникала рвота, «сжимало горло» Тоска появилась на похоронах На следующий день, надев траурное платье, сидела на видном месте в холле общежития Почти ничего не ела, плохо спала На 7-й день была помещена в больницу

Ориентирована правильно, общительна, говорит, что все стало «мрачным и неинтересным» Временами слышит его «голос», оклики по имени, ощущает его прикосновение Винит себя в его смерти, считает, что теперь не имеет права на счастье Возникают яркие представления о его речи, отчетливо вспоминает сказанные им фразы Постоянно думает о нем, часто плачет

Считает, что «никто ранее не переживал ничего подобного» По-

степенно стала общительнее, проявляла интерес к окружающим больным, охотно ходила в кино, гуляла, но продолжала утверждать, что «все житейское ей неинтересно»
Вся депрессивная симптоматика у этой больной сопровождается истерическими расстройствами: рвотой, ощущением кома в горле, демонстративностью высказываний и поведения.
При тревожной депрессии наиболее часто наблюдаются аффективно-шоковые реакции гиперкинетическою типа. Нарастающая депрессия сопровождается двигательным беспокойством, тревогой до ажитированных приступов отчаяния. Эти больные наиболее опасны в отношении совершения самоубийств.
Больная В , 48 лет. Рано лишилась родителей, вынуждена была начать работать с 14 лет. Внезапно получила известие о гибели мужа. В течение нескольких часов металась по комнате, громко кричала, не понимала обращенную к ней речь, рвалась убежать, выпрыгнуть в окно, возбуждение сменялось приступами слабости. В последующем не помнила, что с ней было в первые часы Во время похорон то кричала, то лежала неподвижно «в обмороке». После похорон усилилась тоска и тревога. Была возбуждена, не могла сидеть на одном месте, испытывала неприятные ощущения в теле, боли в области сердца, постоянно высказывала суицидальные мысли и была стационирована.
Ориентирована правильно, тревожна, ходит по отделению, заламывает руки, говорит, что не переживет такой утраты, не сможет жить без него. Не может сосредоточиться ни на чем. При засыпании видит у постели мужа, слышит его голос, кажется, что он сидит рядом. Испытывает тоску, в груди «жжет», давит на сердце, «нечем дышать». Отказывается от еды: «зачем есть, когда его нет» Злобно настроена в адрес виновников гибели мужа, пишет в различные инстанции, требуя их наказания.
Больные с тревожной реактивной депрессией представляют серьезную опасность из-за возможности совершения ими суицидальных действий, особенно в первые недели развития заболевания.
Психотические реактивные депрессии у детей не наблюдаются, у подростков встречаются достаточно редко.
Выделяют два варианта реактивной депрессии: так называемую открытую, при которой имеются все признаки депрессивного состояния с переживанием тоскливого настроения, слезливостью, заторможенностью, фиксацией на несчастье, и диссимуля-тивную, при которой отсутствуют активные жалобы на тоску, больные стараются не говорить о травмирующей ситуации, держатся тихо и незаметно. Переживания не раскрывают. Суицидальные мысли скрываются, суицидальные попытки готовятся и часто оказываются неожиданными для окружающих.
Отмеченные различия депрессивных состояний у взрослых и подростков обусловлены преморбидными особенностями заболевших. Так, чистые, или простые, депрессии наблюдаются обычно у личностей, близких к гармоничным: сдержанных, собран-

ных, активных, целеустремленных, отличающихся четкими эмоциональными привязанностями к своим близким.
Истерические варианты реактивных депрессий обычно наблюдаются у лиц с чертами психического инфантилизма и истерическими акцентуациями.
Тревожные депрессии чаще возникают у лиц эмоционально неустойчивых или тревожно-мнительных, склонных к постоянным сомнениям, неуверенных в себе.
Диссимулируемый вариант психогенной депрессии чаще наблюдается у сенситивных подростков, включение ипохондрических расстройств в структуру депрессии обычно встречается у ис-тероидных и лабильных подростков.
Атипичность депрессий у подростков дала основание выделить эквиваленты депрессий: делинквентный, ипохондрический, астеноапатический.
Делинквентный эквивалент реактивной депрессии встречается примерно в 20% случаев у мальчиков в младшем и среднем подростковом возрасте и проявляется нарушениями поведения. Подросток становится угрюмым, озлобленным, прогуливает уроки, слоняется без дела по улицам. На всех поступках лежит печать отчаяния. Несмотря на мрачность, подросток обычно отрицает угне-1енное настроение. Этот вариант еще называют психопатоподоб-ным (Сосюкало О.Д.).

Ипохондрический эквивалент характеризуется постоянными жалобами на плохое соматическое состояние. Такие подростки охотно обращаются к врачам, ложатся в больницу, подвергаются обследованиям, выполняют различные процедуры. Уклоняются от учебы, бездельничают, бывают плаксивы и раздражительны, особенно если не верят их «болезни». Плохое настроение обычно связывают с «тяжелым заболеванием». Этот эквивалент наблюдается в среднем и старшем подростковом возрасте.
Астеноапатический эквивалент реактивной депрессии характеризуется прежде всего затруднениями в учебе за счет повышенной утомляемости. Подростки становятся вялыми, недостаточно активными, бездеятельными. Утрачивается интерес к развлечениям и компаниям сверстников. Аппетит и сон обычно не нарушены, но едят без удовольствия, сон не освежает и не приносит бодрости. Больные не отмечают тоски, но жалуются на скуку, хандру, испытывают недовольство собой, бывают идеи самообвинения и суицидальные мысли. Этот вариант наблюдается у подростков среднего и старшего возраста (Личко А.Е.).
Реактивные (психогенные) параноиды. Реактивным параной-дом называют бредовый психоз, возникающий вследствие психической травмы.

Реактивные параноиды были описаны во второй половине прошлого века в группе тюремных психозов. Позднее С.А.Суханов наблюдал параноиды у лиц, приехавших из глубокой провин-ции в шумный, многолюдный город, а также аллерс-псраноиды] у военнопленных в иноязычной среде и у тугоухих, плохо понимающих речь окружающих.
Острым реактивным параноидам обычно предшествует период выраженной тревоги, беспокойства, «предчувствия несчастья». Затем остро возникает бред отношения, преследования, особого значения, сопровождающийся галлюцинациями. Наблюдается более или менее выраженное изменение сознания по типу аффективно-суженного.
В бредовых идеях отражается содержание травмирующей ситуации. Настроение тревожно-тоскливое с выраженным аффектом страха. В этом состоянии больные могут быть возбуждены. Мечутся по отделению, прячутся, стремятся куда-то бежать, просят пощады, плачут, прощаются с родными или лежат неподвижно, «ждут своей участи», на лице выражение тревоги, страха, об-реченности.
На высоте психоза наблюдаются расстройства сна, который становится тревожным и поверхностным, с кошмарными сновидениями. Иногда по ночам возникают устрашающие зрительные галлюцинации. Возможны суицидальные тенденции, «чтобы избежать наказания».
Психотравмирующей ситуацией может быть новая, непривычная ситуация, создающая тревогу, беспокойство, вынужденное лишение сна. Такая ситуация имеет место у транзитных пас-сажиров, которые вынуждены по нескольку дней находиться в дороге, плохо спать, тревожиться за вещи, испытывать влияние непривычных ранее воздействий. Бредовые психогенные психозы, возникающие в такой ситуации, были описаны Е.А.Поповым (1931) и С.Г.Жислиным (1934). С.Г.Жислин дал им название «железнодорожные параноиды» и в возникновении их большое значение придавал «измененной почве», т.е. соматическому состоянию больного.
Психотическое состояние при острых параноидах продолжается 1—5 нед и сменяется постреактивной астенией. Выздоровление обычно сопровождается появлением критики, однако наблюдаются случаи, когда бредовая интерпретация окружающего ис-
Аллерсом были описаны боязливо-тревожные состояния с бредом преследования, с отказом от пищи у русских военнопленных из национальных меньшинств, не знавших никаких языков, кроме своего родного, перевод их в другие учреждения, где их понимали, приводил к исчезновению бреда и успокоению, появлению критического отношения к пережитым страхам и «глупым мыслям» [цит. по Гиляровскому В А , 1931].

чезает, но критическое отношение к перенесенному бреду появляется через более или менее продолжительное время.
Реактивное паранойяльное бредообразование характеризуется возникновением сверхценных или паранойяльных идей, не выходящих за рамки психотравмирующих обстоятельств. По содержанию могут быть идеи ревности, изобретательства, ипохондрические, которые часто сопровождаются сутяжными и кверулянт-скими тенденциями. Больные обычно насторожены, подозрительны, тревожны. Тематика бреда психологически понятна и связана с реальными, конкретными ситуациями, обидой, ущемлением интересов, оскорблением их достоинства и т.д. Бред носит интерпретативный характер, в ситуациях, не связанных с бредом, длительное время сохраняется достаточно правильное поведение.

Индуцированный бред (индуцированное помешательство) — такое болезненное состояние, при котором бред, чаще преследования, возникает как результат передачи «заражения» от одного лица к другому. Индуктором обычно бывают лица, страдающие психическим заболеванием, например параноидной шизофренией. Индуцированию подвергаются близкие люди, находящиеся под влиянием больного и эмоционально к нему привязанные, интеллектуально ограниченные, пассивные, легко внушаемые, неспособные правильно оценить ситуацию. Изоляция от индуктора ведет к постепенному исчезновению бреда.

Близкими по механизмам формирования являются бредовые расстройства у тугоухих и бред в иноязычной среде (в чужой стране, без знания языка).

В прошлом были описаны психические эпидемии, связанные с широким распространением индуцированного бреда (Кандинский В.Х., Токарский А.А. и др.). Многие психиатры расценивали «психические эпидемии» как массовые истерические психозы, в основе которых лежит подражание и внушение. Чаще наблюдались истерические судорожные эпидемии и кликушество (массовые припадки с резкими криками, взвизгиваниями, которые обычно проходили в церквях при богослужении).

Реактивный параноиду детей и подростков встречается крайне редко, в детском и подростковом возрасте он может возникнуть в результате длительных травмирующих ситуаций, во время которых длительно переживаются страх и тревога.

Определенную роль в формировании и систематизации бреда у подростков играет индуцирующее влияние среды и в первую очередь родителей (Ковалев В.В.).

Реактивные параноиды у пожилых людей могут проявляться чувственным ипохондрическим бредом. Параноидным переживаниям сопутствуют кратковременные периоды с измененным со-

знанием, тревогой, страхами, слуховыми галлюцинациями, отражающими содержание психической травмы.

В старости почти не встречаются аффективно-шоковые реакции. Начало заболевания чаще бывает медленным, клинические проявления отличаются фрагментарностью, монотонностью. Им свойственна меньшая глубина расстройств. Удельный вес психогенных депрессии в старости обычно бывает достаточно высоким. Постоянно ведущими в клинической картине являются различные ипохондрические симптомы.

Реактивные бредовые психозы в старости встречаются реже, чем депрессии, и носят стертый, неочерченный характер.

28.1.1.4. Психогенные аномальные реакции

Термин «психогенная реакция» — общее название патологических изменений психической деятельности, возникающих в ответ на психическую травму или психическое напряжение и находящихся с ними в психологически понятных связях.

Типичными признаками аномальных реакций является неадекватность стимулу как по силе, так и по содержанию.

Невротическими (психогенными) являются также реакции, содержание которых критически оценивается пациентом и которые проявляются главным образом вегетативными и соматическими расстройствам и

Психопатическим (ситуационным)реакциям свойственна недостаточность критического отношения к ним. Психопатические реакции оцениваются как реакции личности, однако реакции личности — понятие более широкое. Под реакцией личности понимают ограниченное во времени состояние измененного поведения, обусловленное теми или иными ситуационными воздействиями, которые являются субъективно значимыми для личности. Характер и выраженность реакции определяются, с одной стороны, воздействиями среды, с другой — особенностями личности, включая историю ее развития, социально и биологически детерминированными компонентами.

Патохарактерологические реакции проявляются в выраженных и стереотипно повторяющихся отклонениях в поведении, сопровождающихся соматовегетативными и другими невротическими расстройствами и приводящих к временным нарушениям социальной адаптации.

Условно выделяют реакции оппозиции, отказа, имитации, компенсации, гиперкомпенсации и др.

Реакции оппозиции возникают при предъявлении ребенку или подростку чрезмерных требований и в результате утраты им привычного внимания и заботы со стороны близких и особенно матери.

Проявления этих реакций различны — от уходов из дома, про-1улов школы до попыток самоубийства, часто демонстративных.
Эти реакции обычно преследуют цель избежать трудностей либо привлечь к себе внимание.
Реакции отказа наблюдаются у детей при внезапном отрыве от матери, семьи, помещении в детское учреждение и проявляются в отказе or контактов, игр и ино1да от пищи. У подростков такие реакции наблюдаются редко и свидетельствуют о выраженном инфантилизме
Реакции имитации прояш1яюгся в подражании в поведении определенному лицу, литературному или кинематографическому герою, лидерам подростковых компаний, кумирам молодежной моды.
Отрицательная реакция имитации проявляется в том, что все поведение строится как противоположное определенному лицу. Например, в противопоставление грубому отцу, пьющему и устраивающему постоянные скандалы, подросток вырабатывает сдержанность, доброжелательность, заботливость о близких и т.д.
Реакции компенсации заключаются в том, что неудачи в одной области подростки стремятся компенсировать в другой. Например, физически слабый мальчик компенсирует свою неполноценность успехами в учебе и, наоборот, затруднения в учебе компенсируются определенными формами поведения, смелыми поступками, озорством и тд. Считают, что, пока поведение способствует социальной адаптации, — это реакция компенсации, если же эти реак-ции приводят к дезадаптации, то речь идет о реакции гиперкомпенсации. Эти поведенческие реакции могут быть как вариантами нормального поведения, так и патологическими реакциями
Патологические поведенческие реакции характеризуют следующие признаки: 1) склонность к генерализации, т.е. они могут возникать в разных ситуациях и в связи с неадекватными причинами; 2) склонность к повторению однотипных поступков по разному поводу; 3) превышение определенного «потолка» нарушений поведения; 4) нарушение социальной адаптации (Личко А.Е.).

28.1.1.4.1. Рубрификация состояний по МКБ-10

В связи с тем, что МКБ-Ю построена по синдромологическо-му типу, в ней отсутствует раздел «Психогенные заболевания», поэтому психогенные психозы представлены в различных разделах, соответствующих ведущему синдрому.
Аффективно-шоковые психозы (реакции) отнесены в раздел «Невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства» F 40 — F 48 и кодируются как «Острая рекция на стресс». Это транзиторное расстройство значительной тяжести, которое развивается у лиц без видимого психического расстройства ранее в ответ на исключительный физический и психологи-

ческий стресс и которое обычно продолжается в течение нескольких часов или дней.
Истерические психозы (псевдодеменция, пуэрилизм, регресс психики) не находят отражения в МКБ-10, имеют место только истерические сумеречные состояния сознания (фуга, транс, сту-пор) и синдром Ганзера
Реактивная депрессия отнесена в раздел «Расстройства настроения (аффективные расстройства)» F30—F39 и рассматриваются как «Депрессивный эпизод тяжелой степени с психотическими симптомами», под психотическими симптомами понимается бред, галлюцинации, депрессивный ступор, связанные с расстройством настроения; «Рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод тяжелой степени с психотическими симптомами», в этом случае имеется в виду повторные тяжелые эпизоды реактивного депрессивного психоза.
Острые реактивные параноиды отнесены в раздел «Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства» F20—F29 и обозначаются как «Другие острые преимущественно бредовые пси-хотические расстройства» и «Индуцированное бредовое расстройство».

28.1.2. Этиология и патогенез

Причиной реактивных психозов является психическая травма, однако одна и та же психическая травма не у каждого человека вызывает реактивный психоз и даже не всегда у одного и того же человека. Все зависит не только от психической травмы, но и от ее значимости в данный момент для данного человека и еще от состояния нервной системы этого человека. Конечно, легче воз-никают болезненные состояния у людей, ослабленных соматическими болезнями, длительным недосыпанием, утомлением, эмоциональным напряжением
Для таких реактивных психозов, как аффективно-шоковые реакции, не имеют большого значения преморбидные особенности личностей. В данной ситуации действует сила и значимость психической травмы — угроза жизни.
При истерических психозах болезнь возникает по механизмам внушения и самовнушения и по

механизмам защиты от непереносимой для личности ситуации. В возникновении истерических психозов, по-видимому, играет роль механизм представления о психических болезнях, распространенный у недостаточно грамотных и образованных людей: «сошла с ума» и «стал глупым», «превратился в ребенка», «стал как зверь». Чем образованнее становится общество, тем реже наблюдаются столь примитивные формы реагирования. Истерические психозы утратили свое своеобразие и четкость.

В ситуациях субъективно значимых значительная роль принадлежит преморбидным особенностям личности, уровню ее зрелости.
В результате проведенных исследований было обнаружено, что некоторые лица могут заболеть реактивной депрессией только в ситуации «эмоционального лишения».
Черты характера у этих людей близки к гармоничным, но они прямолинейны, ригидны, бескомпромиссны Инертность в мышлении, повышенная самооценка, подозрительность способствуют возникновению реактивных параноидов.
Отмеченные при реактивных психозах биохимические, патофизиологические и иммунологические изменения связаны с особенностями генотипа

28.1.3. Дифференциальный диагноз

Диагностика реактивных психозов, как правило, больших затруднении не вызывает Психоз развивается после психической травмы, в клинической картине отражаются переживания, связанные с психической травматизацией. Эти признаки не являются бесспорными, так как психическая травма может спровоцировать иное психическое заболевание маниакально-депрессивный психоз, шизофрению, сосудистый психоз и т.д. Большое значение для диагностики имеет структура синдромов психогенных расстройств. Типичны центрированность всех переживаний и тесная связь всех расстройств с аффективной симптоматикой, которая определяется более или менее выраженной аффективной сужен-ностью сознания. Если в бредовых расстройствах появляется иная фабула, не связанная с психической травмой, это дает основание заподозрить заболевание непсихогенной природы.

28.1.4. Распространенность и прогноз

Конкретных сведений о распространенности реактивных психозов нет. Считается, что женщины заболевают ими в два раза чаще, чем мужчины. Имеются данные, что среди реактивных психозов наиболее часто отмечаются реактивные депрессии и они составляют в последние десятилетия 40—50% всех реактивных психозов.
Прогноз реактивных психозов обычно благоприятен, после исчезновения или дезактуализации психической травмы проявления болезни исчезают. Полному выздоровлению предшествуют более или менее выраженные астенические проявления
Отмечено, что некоторые варианты реактивной депрессии при выздоровлении проходят этап истерической симптоматики, при этом у больных чаще возникают истерические формы поведения.

У небольшой относительно части больных не наступает полного выздоровления, течение болезни принимает хронический характер, и постепенно на смену психогенным симптомам болезни появляются расстройства характера, происходит психопатиза-ция больного или начинается постреактивное аномальное развитие личности. В зависимости от преобладания патохарактероло-гических расстройств выделяют астеническое, истерическое, об-сессивное, эксплозивное и паранойяльное развитие. Симптомы аномального развития свидетельствуют о том, что картину болезни определяют негативные симптомы, с появлением которых прогноз значительно ухудшается.

28.1.5. Лечение

Лечение реактивных психозов комплексное и зависит от ведущего клинического синдрома и сроков развития болезни.
При аффективно-шоковых реакциях и острых реактивных па-раноидах с выраженным психомоторным возбуждением больной нуждается в немедленном стационировании в психиатрическую больницу. Аффективные расстройства и возбуждение купируются внутримышечным введением нейролептиков — аминазина в дозе 100-300 мг/сут, тизерцина - 50-150-200 мг/сут.
При истерических психозах назначаются производные препараты фенотиазина: меллерил, сонапакс, неулептил в среднетера-певтических дозах, рекомендуется внутримышечное введение аминазина и тизерцина в дозах от 100 до 300 мг/сут.

На всех этапах развития реактивных психозов проводится психотерапия. На первом этапе развития реактивной депрессии психотерапевтическое воздействие носит успокаивающий характер, в дальнейшем перед врачом стоит задача создать для больного новую жизненную цель, новую жизненную доминанту При этом следует учитывать возможности больного и ориентировать его на вполне достижимые цели
При тяжелых реактивных депрессиях с тревогой рекомендуется назначение амитритттилина в дозах до 150 мг/сут с сонапаксом до 30 мг/сут. При более легких депрессивных состояниях показан пиразидол до 100—200 мг/сут с добавлением малых доз нейролептиков, (сонапакса 20 мг/сут). В некоторых случаях к антидепрессанту целесообразно добавлять по нескольку капель 0,2% раствора галоперидола, с помощью которого достигается успокаивающий эффект при тревоге, но отсутствует седативное действие, как при транквилизаторах.
При легких депрессиях у пожилых, особенно у мужчин, целесообразно назначение азафена в дозах до 200— 300 мг/сут.
При реактивных параноидах необходима интенсивная терапия нейролептическими препаратами. Г.Я.Авруцкий считает, что наряду

с нейролептиками седативного действия (аминазин, тизерцин, хлорпротиксен) следует сразу назначать внутримышечно такие препараты, кактрифтазин (до 30 мг/сут), галоперидол (до 15 мг/сут).
При лечении реактивных психозов у лиц в инволюционном возрасте психотропные препараты применяют осторожно и в меньших дозах, так как часто отмечается повышенная чувствительность в этом возрасте к лекарствам. Это относится и к терапии больных в старческом возрасте.
Реактивная депрессия у подростков мало поддается терапии антидепрессантами, большое значение имеет активная психотерапия. Смягчить напряженный аффект у подростка можно малыми дозами амитриптилина или транквилизаторами (тазепам, седуксен, элениум).
При делинквентном эквиваленте реактивной депрессии целесообразно назначать корректоры поведения, неулептил, мелле-рил в дозах до 40 мг/сут.
Психотерапия у подростков должна быть направлена на поиск выхода из сложившейся ситуации, при неразрешимости ее — на создание новой жизненной цели в другом, доступном подростку направлении.
При реактивных параноидах необходимо назначение нейролептиков внутримышечно для подавления тревоги и страха. Психотерапевтические беседы должны носить вначале успокаивающий характер, а в дальнейшем когнитивная психотерапия должна быть направлена на формирование критического отношения к бредовой симптоматике.
У подростков большое значение имеет групповая и семейная психотерапия.
28.1.6. Экспертиза
Трудовая экспертиза Во время реактивного психоза больные нетрудоспособны При затяжных реактивных психозах или аномальных постреактивных (особенно ипохондрических) развитиях личности больные могут нуждаться в инвалидности, однако этот вопрос должен решаться индивидуально в каждом случае.
Судебно-психиатрическая экспертиза Вопрос о судебно-пси-хиатрической экспертизе может возникать в двух случаях: когда больной, находясь в реактивном психозе, совершил общественно опасное действие и когда реактивный психоз возник после совершения такого действия.
Общественно опасные действия в состоянии реактивного психоза совершаются редко, в этих случаях больные признаются невменяемыми в отношении инкриминируемых им деяний.
Если реактивные психозы возникают после совершения правонарушения, то на период болезни возможно временное приос-

тановление уголовного дела до выздоровления подследственного, после чего он снова должен предстать перед судом.
28.2. Неврозы
Неврозы — обратимые пограничные психические расстройства, обусловленные воздействием психотравмирующих факторов, протекающие с осознанием больным факта своей болезни, без нарушений отражения реального мира и проявляющиеся в основном психогенно обусловленными эмоциональными и соматове-гетативными расстройствами.
В определении В.А.Гиляровского приводится несколько признаков, которые характеризуют

неврозы: психогенный характер возникновения, личностные особенности, вегетативные и соматические расстройства, стремление к преодолению болезни, переработке личностью сложившейся ситуации и возникшей болезненной симптоматики.
Обычно, давая определение неврозу, оцениваются первые два — три признака, хотя весьма важными для диагностики невроза являются критерий, характеризующий отношение к ситуации возникшей болезни, и борьба с целью ее преодоления.
В связи с этим до этапа сформировавшейся борьбы за восстановление социального статуса больного целесообразнее говорить о невротических реакциях, которые включают вегетативные, сен-сомоторные и аффективные расстройства. Переход на идеатор-ный уровень, т.е. появление оценки болезни и соответствующего ей поведения, свидетельствует о сформировавшемся неврозе.
Этот механизм борьбы и защиты у различных лиц и при разных неврозах отличен. Так, при фобическом неврозе — это формирование ритуалов, при истерическом неврозе — формирование рентных в прямом и косвенном плане установок, часто недостаточно осознаваемых или вытесняемых. Эти клинические особенности рассматриваются как механизмы психологической защиты. В отечественной психиатрии выделяют три основных невроза: неврастению, истерический невроз, невроз навязчивых состояний. Последние двадцать лет отечественные психиатры стали выделять депрессивный невроз, или невротическую депрессию. В Международную классификацию болезней IX пересмотра включено большое число неврозов: фобии невротические, невроз страха (тревоги), ипохондрический и др. Они чаще являются этапами динамики неврозов.
28.2.1. Клинические проявления 28.2.1.1. Неврастения
Этот невроз проявляется повышенной возбудимостью и раздражительностью в сочетании с быстрой утомляемостью и исто-

щаемостью. Г.Бирд, впервые описавший неврастению, связывал ее с быстрым развитием цивилизации, с тем, что нервная система не в состоянии выдержать растущие требования и темп жизни в капиталистическом мире.
Е.К.Краснушкин, рассматривая причины возникновения неврастении, писал, что физиологическое учение об утомлении свидетельствует против частого наступления переутомления (гипер-фатигация) и нервного истощения, так как утомление является защитным сигналом к прекращению деятельности. Однако волевым усилием человек может побороть утомление и продолжить необходимую деятельность — это наблюдается при выполнении большого объема работы в сжатые сроки. Надо думать, что в этих случаях речь идет не только о чрезмерной рабочей, но и аффективной нагрузке, стимулирующей волевое напряжение. Перегрузка при срочной работе, продолжение утомления, часто вынужденная бессонница, лишающая организм отдыха и восстановления сил во сне, уменьшение резервов организма и приводят к нервному истощению. В результате формируется симптоматика, метко оцененная Г.Бирдом и позднее рассматриваемая как общепризнанное стержневое расстройство при неврастении, — «раздражительная слабость». Этот симптом неврастении выделял И.П.Павлов, считая его основным признаком, и дал ему четкую характеристику.
Для неврастении, так же как и для других неврозов, характерна последовательность включения систем организма в клиническую картину болезни. На первых этапах появляются вегетативные нарушения, особенностью которых является раздражительная слабость. При волнении или физической нагрузке у больных появляются тахикардия, потливость, похолодание конечностей, нарушаются сон и аппетит. Возникающие вегетативные реакции, неадекватные по силе, быстро исчезают. Больной легко засыпает, но при малейшем шуме просыпается, затем опять достаточно быстро засыпает. Остро возникает чувство голода, но после нескольких ложек съеденной пищи аппетит исчезает и в некоторых случаях появляется отвращение к еде.
Одной из частых жалоб больных неврастенией является жалоба на головную боль. Обычно такие больные говорят, что голову сдавливает, сжимает, как обручем. Эти ощущения усиливаются при волнении, при попытке продолжать работу, на чем-либо сосредоточиться. В ряде случаев головная боль носит пульсирующий характер, пульсация совпадает с шумом в ушах. Е.К.Краснушкин писал, что головная боль, правильнее, ненормальное ощущение, появляется как сигнал утомления при всякой умственной деятельности. У больных неврастенией головная боль принимает характер раннего вегетативного расстройства.

На следующем этапе развития неврастении появляются сен-сомоторные расстройства:

повышение чувствительности к различным раздражителям, к ощущениям со стороны внутренних органов. Больные начинают жаловаться, что плохо переносят перепады температуры, им зябко в прохладную погоду, жалуются, что при жаре у них повышенная потливость. Яркий свет их раздражает, возникают неприятные ощущения в глазах, головная боль. Шумы, которые раньше были безразличны, становятся неприятными, мешают уснуть, постель кажется слишком жесткой, белье грубым. У больных появляются ощущения шума в ушах, они «чувствуют работу сердца», в животе «что-то перекатывается», «сжимается» и тд. Эти ощущения вызывают у больного ипохондрическую настроенность, еще больше привлекают внимание к работе внутренних органов, что в свою очередь создает условия для понижения порога ощущений и расширения ипохондрических жалоб.

Больным неврастенией становится трудно выполнять мелкие точные движения, долго сохранять однообразную позу. Крайне мучительным становится ожидание. На это расстройство обратил внимание И.П.Павлов, объяснив это тем, что при неврастении страдает внутреннее торможение и поэтому именно ожидание для больных особенно мучительно. Студенты, заболевающие неврастенией, часто отмечают, что они не могут спокойно сидеть на лекции, вынуждены постоянно менять позу, не могут найти удобное положение, что не дает сосредоточиться и мешает окружающим.

В дальнейшем присоединяются аффективные нарушения Типичной становится «эмоциональная инконтиненция» (Бумке О.). Больные не владеют своими чувствами, они невоздержаны по пустякам, по ничтожному поводу расстраиваются до слез, у них возникают неадекватные реакции обиды, раздражения, но неожиданно они быстро успокаиваются. Самочувствие у больных крайне неустойчивое, подвержено значительным колебаниям в зависимости от внешних причин

Однако настроение чаще пониженное, но не тоскливое, с недовольством собой и постоянной готовностью ответить реакцией обиды и раздражения

По утрам самочувствие чаще бывает плохое, на людях «разгуливаются» и первое время чувствуют себя лучше, но с появлением утомления возвращаются симптомы болезни

Если больной неврастенией продолжает выполнять (вернее, пытается) прежние обязанности, то, кроме усиления вегетативной, сенсомоторной и аффективной симптоматики, на первый план начинают выступать затруднения в интеллектуальной деятельности, т.е. появляется идеаторный уровень неврастенических расстройств. Это выражается в жалобах на затруднение усвоения материала при

обучении Больные не могут сосредоточить внимание на более или менее непродолжительный срок. Включившись в работу, уже через несколько минут они ловят себя на мысли, что думают о другом, не могут воспроизвести прочитанное, затем нарушается памя1ь на отвлеченные понятия, номера телефонов, имена, даты и т.д.

При попытке заставигь себя работать появляются неприяшые ощущения в голове, раздражительность, недовольство собой и окружающим, слабость, чувство разбитости.

Испытывая недовольство своей непродуктивностью, больные неврастенией строят нереальные планы, пытаются наверстать упущенное, берутся сразу за несколько дел, но ни одно не могут довести до конца из-за отвлекаемости и появляющихся симптомов болезни. Неудачи, как правило, ухудшают самочувствие и настроение, убеждают в полной несостоятельности

Общение с друзьями, веселые компании, которые раньше доставляли удовольствие, иногда на короткий срок захватывают больного, но все быстро начинает надоедать и раздражать, вызывает головную боль, приводит к конфликтам, так как здоровые люди не могут понять изменившееся состояние и поведение больного.

Больной неврастенией склонен к анализу своих ощущений, которые, как указывалось ранее, не доходили до сознания больного: шума в ушах, различных ощущений в области сердца, кишечника и т.д. Больной с тревогой прислушивается к этим ощущениям, мрачное настроение рождает мысли о серьезных и опасных болезнях, причем больной находит у себя все признаки этих заболеваний. В связи с неустойчивостью внимания мысли о болезнях часто меняются: то больной думает о раке желудка, то о сердечном заболевании, то еще о каком-либо страдании.

При длительном течении неврастении наблюдается расширение симптоматики за счет присоединения других невротических расстройств. Этому обычно способствуют дополнительные экзогенные вредности, соматические заболевания, отсутствие правильного лечения и др.

В ряде случаев под влиянием дополнительных экзогенных воздействий на основе уже существующей неврастении может возникнуть и закрепиться иная невротическая симптоматика, например, истерические невротические реакции, что дало основание ряду

авторов оценивать неврастению как преневротическое состояние, предшествующее другим неврозам.
Обычно выделяют два варианта неврастении: невроз истощения, причиной которого являются непомерные, главным образом, интеллектуальные нагрузки, и реактивную неврастению, обусловленную травмирующими ситуациями с предшествующими астенизирующими факторами в виде недосыпания, соматической болезни, утомления и др.

Это деление носит условный характер, так как при неврозе истощения обычно имеется и реактивный компонент — тревога за успех исполнения работы в связи с ограниченными сроками, страх за качество работы, последствия при невыполнении работы в указанное время и т.д. Это особенно выражено у студентов, которые в связи с переходом на другой факультет или в другой вуз вынуждены изучать больше дисциплин, сдавать дополнительное число зачетов и экзаменов в ограниченный период времени. При этом большую роль играет эмоциональный фактор — страх перед последствиями неудачи.
В отечественной литературе принято выделять гипо- и гипер-стеническую неврастению. Правильнее рассматривать эти формы как стадии в динамике заболевания. Для гиперстенической формы неврастении характерны раздражительность, повышенная чувствительность к внешним раздражителям, склонность к аффективным реакциям, нарушение внимания и др. При гипосте-нической неврастении ведущими являются снижение трудоспо-собности, постоянное чувство усталости, вялость, иногда сонливость, понижение интереса к окружающему, быстрая истощае-мость при любой деятельности. В процессе развития заболевания возможны переходы из гиперстенической формы в гипостениче-скую.
Течение неврастении может стать неблагоприятным, затяжным с усложнением невротической симптоматики.
При катамнестическом обследовании отмечают благоприятный исход неврастении. Так, поданным некоторых авторов, через 10—25 лет 49,6% больных были здоровы, у 24,8% отмечалось стойкое улучшение.
28.2.1.2. Истерический невроз
Древнегреческие врачи возникновение у женщин истерии связывали с нарушениями функции матки. Истерический невроз (hysteria; от греч. hystera — матка) — это невроз, проявляющийся полиморфными функциональными психическими, соматическими и неврологическими расстройствами и характеризующийся большой внушаемостью и самовнушаемостью больных, стремлением любой ценой привлечь к себе внимание окружающих. Этим объясняется многообразие и изменчивость истерических расстройств. «Истерия — это протей, который принимает бесконечное множество различных видов; хамелеон, который беспрестанно меняет свои цвета» (Сиденгам Т.). Симптомы истерии обычно напоминают проявления самых различ-ных болезней, поэтому Ж.М.Шарко назвал ее «великой симулянткой».

Французские психиатры (Жанэ П., Дюпре Д. и др.) выделяли основные симптомы истерии: сужение сознания до возможности восприятия только узкого круга переживаний и отрыв идей и целых функций от личности и в связи с этим неспособность к синтезу; приписывали основную решающую роль особой истерической конституции.
Е.К.Краснушкин, опираясь на опыт мировой войны, писал, что для возникновения истерической реакции и истерического соматического расстройства часто не требуется истерической кон-ституции, причины чаще лежат в биологических пластах психики.
Э.Крепелин считал, что для истерии характерно распространение эмоций на все области психических и соматических функций и превращение их в симптомы болезни, которые соответствуют искаженным и преувеличенным формам душевных волнений. Так, по мнению Э.Крепелина, у каждого человека при сильном волнении могут исчезнуть голос, подкоситься ноги и т.д. У истерической личности в результате лабильности всей психической деятельности эти нарушения возникают легко и при ничтожных поводах закрепляются. Э. Крепелин оценивал эти особенности психической деятельности как приспособительные формы защиты.
К.Бонгеффером (1911) была предложена так называемая теория желания истерии, которая основывалась на том, что при истерических расстройствах всегда чувствовалось желание болезни, было что-то искусственное, утрированное, показное изображение страдания.
К истерическим расстройствам склонны лица с признаками психического инфантилизма с эмоциональной лабильностью, аффективной незрелостью, непосредственностью эмоциональ-ных реакций, впечатлительностью и живостью. Истерические расстройства чаще наблюдаются

у женщин.
При истерическом неврозе наблюдаются три основные группы симптомов: вегетативные, двигательные и сенсорные. Все они напоминают соматические и неврологические заболевания. Вегетативные расстройства часто бывают в виде обмороков, вегетативных кризов с сердцебиением, головокружением, тошнотой, рвотой, в виде спазмов в желудке и т.д. Двигательные расстройства обычно наблюдаются в виде ги-перкинезов или непроизвольных движений (дрожь, вздрагивание) и симптомов выпадения движений — акинезии (парезы и па-раличи). Гиперкинезы носят характер тиков, грубого ритмичного тремора головы и конечностей (который усиливается при фиксации внимания), блефароспазма, хореоформных движений и по-дергиваний, более организованных и стереотипных, чем при хорее. Истерические гиперкинезы зависят от эмоционального со-

стояния, они временно ослабевают или могут исчезнуть при переключении внимания или под влиянием психотерапии
Истерические параличи могут иметь характер моно-, геми- и параплегии и напоминать в одних случаях центральные спастические, в других — вялые периферические параличи Топография истерических параличей обычно не соответствует расположению иннервации или локализации очага в центральной нервной системе Они охватывают либо всю конечность, либо ее часть, ограниченную суставом Не обнаруживаются и патологические рефлексы или изменения сухожильных рефлексов при истерических параличах Атрофии мышц обычно незначительны, обусловлены бездействием
Сенсорные нарушения проявляются расстройствами чувствительности (анестезии, гипер- и гипестезии) и болевыми ощущениями в различных частях тела Чаще всего наблюдаются нарушения чувствительности конечностей Распределение этих нарушений часто носит произвольный характер и зависит от того, как больной представляет себе это нарушение, поэтому для больных истерией характерны анестезии в виде носков, чулок, перчаток, жилетки, пояса, половины лица и тд
Истерические алгии (боли) могут наблюдаться в любой части тела (головные боли, боли в спине, суставах, конечностях, сердце, языке, в области живота) Имеются описания характерного для больных истерией вида живота («шахматная доска»), деформированного рубцами после многочисленных лапаротомий Подобные состояния описаны под названием синдрома Мюнхаузена Больные с этими расстройствами кочуют из одной хирургической клиники в другую с единственной целью подвергнуться оперативному вмешательству Каждый раз при поступлении в стационар они сообщают вымышленные сведения о своей жизни и истории за-болевания Кроме анестезий и алгий, при истерическом неврозе наблюдается утрата функций органов чувств глухота, слепота, концентрическое сужение поля зрения (при этом больные видят окружающее как бы через трубу), истерическая скотома, амавроз
При истерическом неврозе при воздействии острой психической травмы могут возникать генерализованные судорожные движения, сопровождающиеся вегетативными расстройствами и нарушением или сужением сознания, которые приобретают картину истерического припадка В отличие от эпилептического припадка в этих случаях сознание не утрачивается полностью и больной падает, не получая повреждений и сохраняя способность воспринимать и оценивать происходящее вокруг В связи с этим чем больше волнений у окружающих вызывает припадок, тем он дольше может продолжаться

В связи с патоморфозом истерических расстройств в настоящее время редко можно наблюдать клиническую картину развернутого истерического припадка
Истерический припадок в современных проявлениях истерического невроза чаще напоминает гипертонический криз, сердечный приступ или какой-либо другой вегетососудистыи пароксизм, возникающий в связи с травмирующей ситуацией В структуре истерических припадков часто наблюдается тотальный тремор — «трясучка всем телом» или подергивание частей тела, которые врачами общего профиля часто не оцениваются как проявления истерической симптоматики
В патоморфозе истерических расстройств, несомненно, большую роль играют популярные лекции на медицинские темы, повышение общеобразовательного уровня населения, привлечение внимания к наиболее серьезным и опасным заболеваниям
Вместо потери чувствительности по типу носков, перчаток, жилеток и т д , которые были описаны психиатрами ранее, сейчас наблюдаются онемение конечностей, ощущение ползания

мурашек, покалывание, чувство жара или холода в одной или обеих конечностях Эти ощущения могут быть похожи на органические расстройства и затрудняют своевременную диагностику
Типичные параличи и парезы, астазия-абазия наблюдаются редко У больных преобладают слабость в руках и ногах, обычно возникающая при волнениях Больные отмечают, что ноги делаются как ватные, подкашиваются, одна нога вдруг делается слабой, заплетается или появляются тяжесть, пошатывание при ходьбе Эти расстройства содержат элемент демонстративности когда за больным наблюдают, они становятся наиболее отчетливыми
Вместо мутизма (невозможности говорить) в настоящее время чаще наблюдаются заикание, запинки в речи, трудности в произношении отдельных слов и тд
Затруднения в правильной оценке состояния обусловлены и тем, что после неоднократных бесед с врачом, особенно если последний допускал деонтологические ошибки, больной начинает отрицать психогенный характер расстройств
При истерическом неврозе больные, с одной стороны, всегда подчеркивают исключительность своих страдании, говорят об «ужасных», «непереносимых болях», «сотрясающем ознобе», подчеркивают необыкновенный, неизвестный ранее характер симптомов и тд , с другой — они как бы безразличны по отношению к «парализованной конечности», не тяготятся «слепотой» или мутизмом
Аффективные нарушения характеризуются лабильностью эмоции, быстрой сменой настроения, склонностью к бурным аффективным реакциям со слезами, часто переходящими в рыдания

Течение истерического невроза бывает волнообразным При неблагоприятно складывающихся обстоятельствах истерическая невротическая симптоматика усиливается и постепенно на первый план начинают выступать аффективные расстройства В интеллектуальной деятельности появляются черты эмоциональной логики, в поведении — элементы демонстративности, театральности со стремлением любой ценой привлечь к себе внимание, эгоцентрическая оценка себя и своего состояния
У больных повышается чувствительность к внешним раздражителям, впечатлительность со склонностью к непосредственному реагированию на происходящие события
Психогенный характер вегетативно-соматических расстройств при истерическом неврозе дал основание оценивать их как конверсионные нарушения О конверсии (от лат conversio — обращая, направляя) говорят в тех случаях, когда под влиянием эмоциональных факторов возникают изменения физического самочувствия Большинство психиатров, кроме французских, ограничивают конверсию симптомами, проявляющимися в функциях, регулируемых и зависящих от воли человека
Конверсионные симптомы делят на три группы нарушения двигательных актов, расстройства чувствительности и всех форм поведения и оценки окружающего В отечественной литературе сравнительно редко используют термин «конверсия» Чаще всего, оценивая вегетативно-соматические нарушения при неврозах, используют объяснение П К Анохина, который, ссылаясь наЛан-ге и критикуя термин «задержанные эмоции», писал, что эмоцию, эмоциональный заряд, если он возник у человека, задержать невозможно — можно задержать только внешние проявления эмоций, например мимику и др , в остальном он все равно разрешится, включая самые периферические аппараты, найдя выход по вегетативным путям, создавая вегетативно-соматические расстройства, характерные для неврозов
28.2.1.3. Невроз навязчивых состояний
Невроз навязчивых состоянии — общее название неврозов, проявляющихся навязчивыми страхами, представлениями, воспоминаниями, сомнениями и тд
Болезнь обычно начинается с навязчивого страха — фобии П Жанэ (1903) выделил навязчивые состояния в самостоятельное заболевание под названием «психастения» В настоящее время этот термин используется для обозначения конституциональных психопатий В нашей стране используется термин немецких авторов «невроз навязчивости»

При этом неврозе могут наблюдаться навязчивые страхи, обсес-сивные состояния с навязчивыми мыслями, идеями, представлениями влечениями и действиями (компульсивные расстройства) При длительном наблюдении за больными с этими расстройствами прослеживается определенная последовательность появления симптомов невроза На первых этапах возникают фобии, затем навязчивые компульсивные расстройства (типа контрастных влечений) и позднее — другие навязчивые состояния типа обсессивных расстройств
При формировании фобий наблюдается характерная для всех неврозов последовательность в

возникновении расстройств На фоне возникших вегетативных, сенсомоторных и аффективных расстройств появляется навязчивая мысль, те включается идеа-торный компонент и этим завершается формирование фобии

В начале болезни фобии возникают по механизму условного рефлекса в идентичных ситуациях, затем условия возникновения страха расширяются Эта особенность дала основание Н М Асати-ани (1967) выделить три стадии в развитии фобического этапа невроза навязчивых состояний Для первой стадии характерно возникновение страха при непосредственном столкновении с травмирующей ситуацией, например при поездке в метро, где возник страх Во второй стадии фобии возникают уже при ожидании встречи с травмирующей ситуацией, те при ожидании поездки в метро И для третьей стадии характерно возникновение страха при одном только представлении о возможности этой ситуации

Типичным для развития фобических расстройств является расширение ситуаций, вызывающих страх вначале больной испытывает страх ездить в метро, затем в электричке, трамвае и тд Расширение ситуаций зависит от фабулы страха, но чаще всего бывают следующие мысли «водитель не успеет открыть автоматически закрывающиеся двери», «большое расстояние между станциями в метро, не успеют оказать помощь, если сделается плохо» Часто больные с ипохондрическими фобиями, чаще кар-диофобиями, выбирают специальный маршрут, где по пути имеются медицинские учреждения или аптеки, чтобы обезопасить себя на случай плохого состояния

При неврозе навязчивых состояний фобии чаще мономорфны Среди фобий наблюдаются страхи пространства и положения — агорафобии, клаустрофобии, страх транспорта и др , наряду с этим бывает страх неспособности выполнения привычных функций, обусловленный тревожным ожиданием неудачи (невроз ожидания) Невроз ожидания может распространяться как на физиологические функции, так и на профессиональные действия Возможны так называемые социофобии страх публичных выступлений,

страх покраснеть, быть неловким или проявить замешательство в обществе и этим обратить на себя внимание При этом у больных появляется внутренняя напряженность, скованность. К навязчивым страхам обычно присоединяются различные защитные действия — ритуалы. На начальном этапе болезни ритуалы носят характер прямой защиты (по Асатиани Н.М.), которая выражается в избегании травмирующей ситуации с последующим усложнением защитных действии. Например, мытье рук при страхе зафязне-ния, выбор маршрута поездки при кардиофобиях или поездка только в сопровождении человека, который сможет оказать помощь, и т.д. Однако при фобическом неврозе ритуалы не носят символического характера, а всегда конкретны и обоснованны.

Обычно больные сохраняют критическое отношение к навязчивым страхам, и это является отличительной особенностью на-вязчивостей. Только на высоте страха, на короткий период может утрачиваться критическое отношение.

Так, больной с кардиофобией, оставшись один в квартире, подумал, что он один и никто ему не поможет, если будет плохо. Сразу же возникли сердцебиение, неприятные ощущения в области сердца, казалось, что сердце то бьется, то останавливается. Больной покрылся холодным потом, пальцы казались посиневшими, он решил, что умирает, выскочил на улицу полуодетым и в страхе пробежал около километра до поликлиники. Как только вступил на ее порог, страх исчез и появилось критическое отношение к случившемуся. Врачу с юмором говорил: «Думал, что инфаркт, а бежал с такой скоростью, не жалея сердца».

Некоторые больные сами рассказывают о своих защитных действиях, а других врач должен уметь расспросить о них. Часто больные сами создают себе систему защитных мероприятий и успешно справляются со страхами.

Особое место в этом ряду занимает страх сойти с ума и потерять контроль над своим поведением Это обычно появляется при усложнении навязчивостей и возникновении навязчивых контрастных влечений (желание сделать недозволенное, противоречащее установкам личности).

28.2.1.4. Депрессивный невроз (невротическая депрессия)

Невротическая депрессия — психогенно обусловленная легкая форма депрессии с преобладанием грустного настроения, адинамии, нередко с навязчивыми идеями и ипохондрически-сенесто-патическими явлениями

При невротической депрессии, как и при других неврозах, на первом этапе отмечается значительная выраженность вегетативно-соматических нарушений (этап соматических жалоб). Невротическая депрессия чаще развивается у людей, в преморбидном

состоянии которых отмечаются прямолинейность, ригидность, гиперсоциальность, бескомпромиссность.
Этим лицам свойственна аффективная насыщенность переживании со стремлением тормозить внешние проявления эмоций. Психотравмирующие ситуации, как правило, длительные, субъективно значимые, неразрешимые и в значительной степени обусловленные преморбидными особенностями личности больных.
Выделяют два варианта ситуации, приводящих к невротической депрессии 1) «неудачна вся жизнь больного» (Керби-ковО.В.); при этом во всех сферах деятельности больного складываются неблагоприятные взаимоотношения; 2) больной вынужден жить в ситуации эмоционального лишения, которое обусловлено длительной разлукой, отсутствием эмоционального контакта с близкими, взаимоотношениями, которые надо скрывать, неудовлетворенностью жизнью, отсутствием эмоциональной отдушины в жизни и др.
Психотравмирующие ситуации существуют долго, отрицательные эмоции, вызванные ими, подавляются больным. Однако отрицательные эмоции подавить невозможно. При подавлении эмоциональный разряд разрешается по вегетативным путям, и у больного возникают вегетативно-соматические расстройства (Анохин П.К.). Это и наблюдается на первом этапе невротической депрессии.
У больных появляются вегетодистонические расстройства, колебания артериального давления, сердцебиения и головокружения или дисфункции желудочно-кишечного тракта. С жалобами на эти нарушения больные обычно обращаются к терапевтам, получают симптоматическое лечение. После этого этапа начинает нарастать пониженное настроение, которое сами больные редко связывают с травмирующей ситуацией, а врачи склонны объяснять соматическим состоянием, так как у больного наблюдается стойкая гипотония и явления спастического колита.
Тоска обычно неглубокая, больные жалуются на грусть, утрату радости от житейских удач, снижение активности. Речи о психогенной ситуации обычно не бывает. На «отсутствие осознания причин болезни» обращали внимание все специалисты, изучающие невротическую депрессию.
Почти у всех больных наблюдаются нарушения сна Чаще отмечается затрудненное засыпание, больные не могут отрешиться от событий прошедшего дня или нарушения носят характер невроза ожидания.
Более мучительными для больных бывают пробуждения среди ночи или в ранние утренние часы, которые сопровождаются чувством тревоги и сердцебиением, однако «страха за сердце» и ипохондрической фиксации на неприятных ощущениях в сердце не возникает.

Ухудшение самочувствия в утренние часы считается типичным депрессивным расстройством Однако у этих больных по утрам не отмечается усиления тоски или тревоги, чаще они испытывают слабость и разбитость, как больные неврастенией
Значительное число больных отмечают снижение активности, но это касается установления контактов, выбора развлечений У большинства наблюдается «бегство в работу», особенно если травмирующая ситуация носит семейно-сексуальный характер. Только на работе такие больные чувствуют себя здоровыми
«Бегство в болезнь» встречается крайне редко, только на этапе перехода невротической депрессии в невротическое истерическое развитие личности.
Типичным для невротической депрессии является симптом, условно названный нами «надежда на светлое будущее» (Лакосина Н.Д.). Он характеризуется тем, что у больных нет тоскливой оценки будущего, их не беспокоит мысль о беспреспективности ситуации и состояния. Даже при явно неразрешимой ситуации они как бы не замечают и не учитывают ее при построении планов на будущее.
Течение депрессии волнообразное, при ее нарастании появляется слезливость. Больные по любому поводу и без повода не могут удержать слезы Именно слезливость часто приводит таких больных к врачам.
При длительном течении невротической депрессии на этапе перехода в невротическое развитие личности появляется расстройство, условно названное нами «болтливость». Малоразговорчивые, склонные скрывать свои переживания люди начинают рассказывать часто малознакомым людям о своих душевных переживаниях, о неблагополучии в семье и т.д. Возникшая «болтливость» была несвойственна им ранее и воспринимается ими как чуждая, как проявление

болезни. Больные стараются с ней бороться, стыдятся непривычной словоохотливости. После приступа говорливости ругают себя за это, затем вновь не могут не «болтать». Речь в эти периоды ускоренная, сами они выглядят оживленными. Невротическая депрессия является одним из вариантов психогенных расстройств на невротическом уровне.
Для структуры самого синдрома невротической депрессии характерны следующие особенности: отсутствие аффекта тоски, проецируемого в будущее, и отражение психогенной ситуации в высказываниях больных. Снижение активности и инициативы долго носит парциальный характер, имеет место «бегство в работу» Указанные особенности синдрома невротической депрессии помогают отдифференцировать его от депрессивных состояний иного генеза.

28.2.2. Сравнительно-возрастные особенности неврозов
Депрессивный невроз возникает в позднем возрасте в связи со стойкой, трудноразрешимой травмирующей ситуацией, выходящей за рамки проблем личности стареющего человека Депрессивный невроз в позднем возрасте обычно развивается медленно Клиническая картина бывает аморфной, стертой, характеризуется синдромальной незавершенностью и более выраженной тревожностью и слезливостью. Сам субдепрессивный аффект часто сопровождается ворчливостью или апатией, ипохондрическими и астеническими жалобами.
В этом возрасте и в этом состоянии достаточно часто возникают суицидальные мысли, недифференцированные и без тенденции к реализации. Для этого невроза характерны диффузные ипохондрические опасения за свою жизнь и суицидальные мысли.
У лиц позднего возраста депрессивному неврозу сопутствуют близкие к сверхценным идеи ушемленности, невезения, непоправимости случившегося. Сравнительно редко наблюдается тенденция обвинять окружающих в своих неудачах.
В инволюционном и старческом возрасте наблюдается возрастной исход депрессивного невроза — постепенное поглощение его симптоматики нарастающими изменениями психики сосудисто-возрастного генеза.
Клиническая картина депрессивного невроза у детей различна в разные возрастные периоды. У детей дошкольного возраста она атипична, так как из-за незрелости психики депрессивный аф-фект не может быть дифференцированным: у них преобладают вегетативные расстройства, тревога, страхи, нарушения поведения Обычно нарушен сон, аппетит, уменьшена масса тела.
К травмирующим ситуациям, приводящим к депрессивному неврозу, относятся потеря родителей, длительная разлука с ними. В зарубежной литературе придают значение раннему сиротству.
В младшем и среднем школьном возрасте травмирующей ситуацией являются школьная неуспеваемость, особенно если интеллектуальные возможности ребенка невысокие, а родители предъявляют к нему чрезмерные требования, или переживание ребенком собственного физического дефекта.
В младшем школьном возрасте у одних детей наблюдаются вялость, заторможенность, грусть с оттенком раздражительности, у других преобладают грубость, упрямство, озлобленность по отношению к окружающим. Детей в среднем школьном возрасте характеризуют тревожность, боязливость, нарушения сна, страхи темноты и одиночества, плаксивость.
Течение депрессивного невроза у детей кратковременное, но известны случаи затяжного течения с переходом в невротическое развитие личности.

Истерические невротические расстройства у детей представлены вегетативными и сенсомоторными расстройствами: истерической рвотой, задержкой мочи, нарушениями сна, головокружениями, обмороками, сердцебиениями, одышкой, редко сейчас наблюдающимися типичными для истерического невроза нарушениями чувствительности или парезами и параличами. Иногда отмечаются расстройства типа астазии-абазии, ребенок не может ни стоять, ни ходить, при попытке поставить валится на пол, однако в постели свободно двигает ногами.
Чаще встречаются припадки с хаотичным двигательным возбуждением. Они наблюдаются в основном в младшем дошкольном возрасте. В ответ на запрет или какую-то другую неприятность ребенок падает на пол, громко кричит, машет руками и ногами, отбивается от пытающихся его поднять. Это состояние может пройти, если удастся отвлечь внимание ребенка или оставить его в покое.
После моторного приступа может развиться аффект — респираторный приступ, который характеризуется остановкой дыхания на несколько секунд (до 30 с) и сопровождается цианозом. Иногда на фоне задержки дыхания возникают генерализованные судороги. Выход из приступа

не сопровождается сонливостью и оглушенностью, что отличает его от эпилептиформных припадков.
У подростков клиническая картина истерического невроза идентична его клинике у взрослых.
Астенический невроз у детей характеризуется типичной для взрослых раздражительной слабостью, наиболее отчетливо проявляющейся в вегетативной и моторной симптоматике. У детей, кроме вегетативных расстройств, отмечаются неусидчивость, двигательная расторможенность, невозможность длительно сохранять одно положение, находиться без движения.
У детей выделяют невроз страхов и невроз навязчивых состояний. Страхи носят сверхценный характер, обычно связаны с травмирующей ситуацией. У дошкольников это часто страхи темноты, животных, предметов, которые ранее испугали ребенка, часто в страхах фигурируют отрицательные персонажи сказок. «Кащей», «Баба-яга» и др
У младших школьников наблюдается страх перед школой, особенно если вначале учитель был несправедлив к ребенку, ругал его или наказывал. Такие дети по утрам уходят из дома, бродят по улицам, затем, опасаясь наказания, убегают или уезжают из дома. У некоторых детей могут утрачиваться навыки опрятности, появляется дневной энурез, энкопрез.
У подростков страхи связаны с опасениями за жизнь, со смертью.
Невроз навязчивых состояний имеет два варианта: обсессив-ный и фобический.

Обсессивный невроз характеризуется различными навязчивыми действиями — тикообразными подергиваниями, которые воспринимаются как чуждые и болезненные.
У школьников навязчивые действия приобретают характер ритуалов, играющих защитную роль от навязчивых страхов и опасений Например, ребенок моет руки при страхе заражения Ритуалы могут носить и символический характер, когда больной, чтобы избежать предполагаемой опасности, совершает сложные действия, дотрагивается или не дотрагивается до определенных предметов и т.д.
При фобическом неврозе у школьников возникает страх загрязнения, острых предметов, страх и тревога за здоровье родителей. В более старшем возрасте появляются ипохондрические страхи, кардио- и канцерофобии и др
К системным неврозам относят заикание, тики, энурез, энкопрез.
Под невротическим заиканием понимают нарушения ритма и плавности речи, обусловленные судорогами мышц, участвующих в речевом акте.
У детей младшего возраста заикание может возникнуть не только в связи с испугом, но и с разлукой с родителями В школьном возрасте у заикающихся появляется реакция на дефект речи и как результат этого — логофобия (страх речи), приводящая к школьной дезадаптации.
Несмотря на то, что заикание относят к системным или моно-симптомным неврозам, при нем обычно наблюдаются и другие невротические симптомы: раздражительность, нарушения сна и аппетита, тики, энурез и др.
Кроме невротического заикания, выделяют неврозоподобное, связанное с резидуально-органическим церебральным поражением различного генеза
Невротические тики — это различные автоматизированные привычные действия, мигание, подергивание головой, плечами, покашливание, привычка двигать носом Эти действия первона-чально могут иметь защитный характер, а в последующем — зафиксироваться.
Тики возникают обычно в травмирующей ситуации, однако основным является соматическое неблагополучие.
Невротический энурез — психогенно обусловленное неосознанное упускание мочи, чаще в ночное время. Об энурезе можно говорить после достижения детьми четырехлетнего возраста, т.е. того периода, когда ребенок должен контролировать мочеиспускание.
Невротический характер энуреза подтверждается тем, что он связан с травмирующей ситуацией. Возможно острое нача-

ло заболевания при испуге или постепенное — в травмирующей ситуации.
От невротического энуреза отличается неврозоподобный, при котором выявляется резидуально-органическая церебральная симптоматика и отсутствует тесная связь с травмирующей ситуацией.
Невротический энкопрез характеризуется непроизвольным выделением небольшого количества кала при отсутствии каких-либо соматических нарушений, объясняющих это расстройство.
Возникновение его наблюдается при длительной конфликтной ситуации в семье, появлении

второго ребенка, при чрезмерно строгом воспитании. Часто у детей отсутствует позыв на дефекацию. У младших школьников наблюдается эмоциональная реакция на энкопрез.
Патологические привычные действия. К ним относятся зафиксировавшиеся произвольные действия, характерные для детей раннего возраста: сосание пальца, языка, раздражение половых органов, напоминающее мастурбацию, обкусывание ногтей (они-хофагия), которое наиболее часто наблюдается в младшем школьном возрасте. Эти действия наблюдаются в ситуациях эмоционального напряжения у возбудимых и тревожных детей К патологическим привычным действиям относится трихотилломания (от греч tnchos — волосы + tillo — выдергивать) — навязчивое выдергивание волос, часто сопровождаемое невротическими симптомами: расстройствами сна и аппетита у детей дошкольного возраста, страхами, капризностью и двигательной расторможеннос-тью. Трихотилломания чаще наблюдается у девочек Дети могут выщипывать волосы не только на голове, где образуются плешины, но и брови и ресницы. Нередко дети проглатывают волосы и тогда может образоваться клубок волос, который иногда достигает таких размеров, что приходится прибегать к хирургическому удалению его.
Описаны различные варианты рудиментов трихотилломаний, которые выражаются в интересе к волосам: накручиванию их, пе-ребиранию пальцами. Своеобразная игра с волосами чаще бывает с матерью или бабушкой, но описаны случаи выдергивания волос не только у себя, но и у кукол и животных (Быков В.М.).
Яктация — ритмичные произвольные раскачивания головой и телом у маленьких детей перед засыпанием. Попытки лишить их этой патологической привычки вызывают плач и бурную реак-цию недовольства.
28.2.3. Невротическое развитие личности
При длительном и неблагоприятном течении неврозов происходят изменения в клинической картине Как уже отмечалось,

при затяжном неврозе расширяется невротическая симптоматика, при невротическом развитии личности один из невротических синдромов при воздействии патогенных факторов, подчиняясь законам синдромокинеза (при соблюдении закономерности формирования психических функций в онтогенезе), начинает «двигаться», усложняться Этот развивающийся синдром в дальнейшем будет определять структуру патохарактерологических расстройств невротического развития личности
Клинически это обычно проявляется в возникновении на фоне затяжного невроза с полиморфной невротической симптоматикой патохарактерологических реакций.
О.В.Кербиков считал, что невротическое развитие — это промежуточные клинические формы между неврозами и психопатиями и в их проявлениях находят отражение как признаки невроза (парциальность расстройств, критическое к ним отношение), так и психопатии Выделяют истерическое невротическое развитие личности, для которого характерно появление де-монстративности, театральности, склонности к бурным аффективным реакциям, эмоциональной логики; обсессивное невротическое развитие, характеризующееся, с одной стороны, тре-вожностью, неуверенностью в себе, сомнениями, с другой — склонностью ограничивать себя ото всех нагрузок из-за опасения вновь заболеть, и эксплозивное развитие, характеризующееся склонностью к взрывчатости, ригидности, застреванию на отрицательных эмоциях, к сверхценным ипохондрическим реакциям.
28.2.3.1. Рубрификация состояний по МКБ-10
Истерический невроз в МКБ-Ю представлен «Диссоциативными (конверсионными) расстройствами», включающими двигательные расстройства нарушения чувствительности, судороги и «Соматоформными расстройствами», обусловленными психогенным фактором и проявляющиеся вегетативными, сердечно-сосудистыми, желудочно-кишечными и другими соматоформными дисфункциями, втом числе и болевыми расстройствами.
Понятие «Неврастения» в МКБ-Ю сохраняется.
Невроз навязчивых состояний в МКБ-Ю не выделяется. В отличие от принятой в отечественной психиатрии динамической оценки фобических и других обсессивных расстройств, в МКБ-Ю каждый этап развития навязчивостей рассматривается как самостоятельное патологическое состояние Выделяется «Тревожное фобическое расстройство», включающее агорафобию, которая трактуется более широко, включая различные фобии с паническими и без панических расстройств, социальные фобии, специфические (изолированные) фобии; «Другие тревожные расстрой-

ства», включающее паническое расстройство, смешанное тревожное и депрессивное расстройство и другие и «Обсессивно-ком-пульсивное расстройство», включающее преимущественно навязчивые мысли, компульсивные действия (ритуалы), смешанные навязчивые действия и мысли.
Невротическая депрессия и депрессивный невроз в МКБ-10 отнесены в раздел «Расстройства настроения (аффективные расстройства)» и рассматриваются в рубрике «Дистимия», в которой подчеркивается длительное существование немубокого депрессивного состояния.
Выделяемые в отечественной психиатрии «Невротические развития личности» могут в МКБ-10 рассматриваться как «Посттравматическое стрессовое расстройство», «Расстройство при-способительных реакций», «Расстройство адаптации с нарушением поведения».
28.2.4. Этиология и патогенез
Основной причиной возникновения неврозов является психическая травма, но такая прямая связь наблюдается сравнительно редко. Возникновение невроза обусловлено часто не прямой и непосредственной реакцией личности на неблагоприятную ситуацию, а более или менее длительной переработкой личностью сложившейся ситуации и неспособностью адаптироваться к новым условиям.
Можно представить соотношение психической травматиза-ции и личностных особенностей при возникновении невроза следующим образом: чем больше предрасположенность, тем меньшая психическая травма достаточна для развития невроза. Психическая травма при неврозах всегда субъективно значима, и для различных личностей психотравмирующее значение имеют разные стороны и последствия одной и той же, казалось бы, психической травмы.
Понятие «предрасположение к неврозу» неоднозначно, оно складывается из факторов наследственности, особенностей формирования личности, уровня ее зрелости и астенизирующих факторов, непосредственно предшествующих неврозу. Несомненно, могут наследоваться некоторые личностные особенности, такие как замкнутость, робость, тревожность, взрывчатость, педантичность и др., хотя эти черты могут возникнуть под влиянием постоянных контактов с родителями, имеющими такие же особенности личности.
В возникновении неврозов имеют значение задержки психического развития именно некоторых личностных структур с сохранением инфантильных черт. При сохранении у взрослого человека тех или иных инфантильных черт имеет значение возраст, ког-

да ему пришлось пережить неблагоприятные ситуации, нарушившие формирование личности. Замедление формирования личности на аффективном этапе приводит к сохранению у взрослого человека эмоциональной лабильности, непосредственности реагирования на ситуацию, пре-обладанию эмоциональных оценок над интеллектуальными. Задержка развития на идеаторном этапе может привести к сохранению таких особенностей, как склонность к рассуждательству, отвлеченности, нерешительности и сомнениям.
Большую роль в формировании личности и ее нарушений играет воспитание ребенка в семье. При гиперопеке, когда родители подавляют активность ребенка, навязывают ему собственные интересы, решают за него все проблемы, предъявляют повышенные требования к успехам в школе, унижают его достоинство, формируются такие черты, как робость, нерешительность, неуверенность в своих силах, безынициативность, трудности общения со сверстниками. Эти особенности предрасполагают к формированию фобического и обсессивного неврозов.
При воспитании ребенка по типу «кумир семьи», ребенок не получает никаких запретов, им восторгаются окружающие, внушают, что он необыкновенно хороший и способный. В результате такого воспитания вырабатываются такие черты, как эгоизм, эгоцентризм, стремление привлекать к себе внимание и др. Эти черты характера чаще предрасполагают к возникновению истерического невроза.
При формировании неврозов прослеживается определенная последовательность включения в структуру болезни различных систем. Эта последовательность не случайна, она имеет место в формировании психологически адекватных реакций на значимую ситуацию. Так, под влиянием ожидания какого-то важного события вначале появляется вегетативная реакция (сердцебиение, замирание сердца, потливость), затем сенсомоторная (суетливость, чувствительность к внешним раздражителям и др.), далее эмоциональная (тревога, эмоциональное напряжение, огорчение и т.д.). При неблагоприятном исходе ожидаемого события происходит интеллектуальная обработка и оценка происшедшего. У здорового человека эти реакции исчезают в более или менее короткий срок.
Выявленная последовательность важна в диагностическом плане, так как она наиболее отчетливо выявляется именно при неврозах.

28.2.5. Дифференциальный диагноз
При неврозах возникают большие диагностические трудности, так как четкой связи между клинической картиной невроза и психической травматизацией часто выявить не удается.

Для диагностики имеет значение определенная последовательность формирования расстройств с включением вегетативных, сен-сомоторных, аффективных и идеаторных. Это наиболее отчетливо выявляется на начальных этапах развития невроза. При неврозопо-добной шизофрении в инициальном периоде часто выявляются де-персонализационные и аффективные эпизодические расстройства.
При неврозоподобных расстройствах часто обнаруживается несоответствие между выраженностью невротической симптоматики и реакцией личности на болезнь, приводящую к инвалиди-зации.
28.2.6. Распространенность
Точных данных о распространенности неврозов среди населения нет. Сведения об учтенных случаях имеются по отдельным регионам: от 15,8 до 21,8 на 1000 населения.
Среди психических заболеваний на долю неврозов приходится 20—25% (Петраков БД.). Среди студентов больные неврозами составляют 54,6%.
А.С.Киселев и З.Г.Сочнева (1988) считают, что среди непсихотических расстройств неврозы и психопатии занимают второе место (30,5%). Между переписями (1968 и 1983 гг.) психически больных доля неврозов сократилась существенно. Такая структура непсихотических расстройств была характерна для развитых стран в 30—40-е годы, когда доля пограничных состояний составляла 44%. На протяжении последующих десятилетий происходил быстрый рост распространенности неврозов и психопатий, которые только за последние 14 лет выросли в два раза. В результате в 70—80-е годы в европейских странах именно эти психические рас-стройства определяли картину непсихотических состояний. Суммарная доля неврозов и психопатий составила 83%.
Уменьшение доли неврозов среди учтенных больных происходит по двум причинам: во-первых, внимание уделялось более тяжелым психическим заболеваниям и больные неврозами оказались «обделенными» помощью; во-вторых, из-за «бегства» больных от различных форм учета.
28.2.7. Прогноз
Неврозы как временные функциональные заболевания протекают благоприятно и заканчиваются выздоровлением. Однако при выраженных акцентуациях характера, недостаточном уровне зрелости личности, соматической отягощенности и неразрешимой психотравмирующей ситуации появляется тенденция к затяжному течению и переходу в невротическое развитие личности.
Именно при недостаточной зрелости личности обнаруживаются затруднения в оценке ситуации, преобладает ее аффектив-

ная оценка, наблюдаются ригидность, косность, неспособность создать новую жизненную доминанту.
С появлением полиморфизма в невротических расстройствах и особенно патохарактерологической симптоматики терапевтические возможности уменьшаются. Дальнейшее расширение симптоматики при аномальных раз-витиях личности происходит под влиянием все более усложняющихся взаимоотношений между больным и психотравмирующеи средой, в которую включаются не только продолжающая существовать основная травмирующая ситуация, ее последствия, но и реакция на собственное состояние здоровья, свою несостоятель-ность, что еще более затрудняет терапию и реабилитацию.
28.2.8. Лечение
Лечение больных неврозами должно проводиться психиатром или психотерапевтом, которые решают вопрос о целесообразности стационарной или амбулаторной терапии. При тяжелых неврозах больного желательно «вывести» из травмирующей ситуации, а так как это чаще всего семейный конфликт, то в связи с этим лучше всего его поместить в специальное отделение для лечения больных неврозами при соматической или психиатрической больнице.
Комплекс лечебных мероприятий включает общеукрепляющее лечение (применение витаминов, ноотропных средств, режим питания, прогулки, физические упражнения, массаж, водные процедуры и др.), лекарственную терапию, которая при каждом неврозе имеет свои особенности, и обязательно психотерапию.
Так, при истерическом неврозе назначают нейролептики типа тиоридазина (сонапакс, меллерил)

в дозах до 40—60 мг/сут, тера-лен до 20—30 мг/сут, можно применять аминазин или тизерцин по 25 мг на ночь (в этих случаях следует учитывать возможность резкого понижения артериального давления). При неврастении рекомендуется назначать транквилизаторы — тазепам, седуксен (си-базон) до 20—25 мг/сут. При выраженности вегетативной симптоматики, вялости и адинамичности рекомендуется грандаксин утром и днем по 100 мг. При неврозе навязчивых состояний рекомендуется сочетание антидепрессантов (амитриптилин, пирази-дол, азафен) с нейролептиками в каплях (0,2% раствор галопери-дола по 2—3 капли 3 раза в день, терален, неулептил по нескольку капель 2—3 раза в день).

При выраженных фобиях целесообразно в первые дни назначать препараты с выраженным анксиолитическим действием, а затем переходить на сочетание антидепрессантов с нейролептиками.

При невротической депрессии показаны антидепрессанты со стимулирующим действием, при тревоге — малые дозы нейролептиков, предпочтительно в каплях.

Выбор психотерапевтического воздействия зависит от клинической формы невроза. При истерическом неврозе для снятия моносимптомов, например мутизма, блефароспазма, проводится несколько сеансов гипнотерапии. При неврастении и неврозе навязчивых состояний рекомендуется обучение приемам аутогенной тренировки; при невротической депрессии следует проводить психотерапевтические беседы для выявления психотравм ирую-щей ситуации и отношения к ней. Задачей таких бесед является создание у больного новой жизненной установки и отношения к травмирующей ситуации.

Всем больным неврозами показана групповая психотерапия и семейная, если это не встречает у больного отрицательной реакции.

28.2.9. Экспертиза

Трудовая экспертиза. При неврозах трудоспособность бывает нарушена в остром периоде, в связи с чем целесообразно проводить активное лечение в условиях стационара или амбулаторных условиях с освобождением от работы на несколько недель (не менее 4).

При невротическом развитии личности, особенно при обсес-сивном с ипохондрическими включениями, выраженность расстройств такова, что больные становятся нетрудоспособными и в ряде случаев возникает необходимость временно переводить их на инвалидность.

При истерическом неврозе и истерическом невротическом развитии личности могут возникать сложности в определении трудоспособности, особенно в тех случаях, когда истерические расстройства были уже оценены как тяжелые соматические или неврологические заболевания; например, при астазии-абазии поставлен диагноз рассеянного склероза и установлена группа инвалидности. В последующем у таких больных начинают преобладать рентные установки, препятствующие восстановлению трудоспособности.

Судебно-психиатрическая экспертиза. Больные неврозами редко подвергаются судебно-психиатрической экспертизе. Они способны отдавать себе отчет в своих действиях и руководить ими, поэтому признаются вменяемыми.

При невротическом развитии личности, истерическом и эксплозивном неврозе возможны неправильные формы поведения, приводящие к совершению правонарушения, однако и в этих случаях больные признаются вменяемыми. В ряде случаев возникает необходимость оценить состояние при сутяжно-кверулянтном

поведении у больных с эксплозивным развитием и сверхценными ипохондрическими жалобами. Как правило, такие больные признаются дееспособными и в назначении опеки не нуждаются. Больные с затяжными неврозами признаются ограниченно годными для службы в армии и могут быть призваны только в военное время.

Глава 29. ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ СТИХИЙНЫХ БЕДСТВИЯХ И КАТАСТРОФАХ

Стихийные бедствия и катастрофы — обычно внезапно возникающие экстремальные ситуации, при которых создается угроза не только нормальному существованию и здоровью, но и самой жизни значительного количества людей.

Подобные экстремальные ситуации являются следствием следующих причин: природно-естественные катаклизмы в виде землетрясений, наводнений, ураганов, циклонов, извержений вулканов, сходов снежных лавин, заносов и оползней, другие опасные происшествия: катастрофа на транспорте, пожар в многолюдном помещении, гибель корабля, опасные взрывы на производстве и т.д.

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) характеризует стихийные бедствия (катастрофы) как ситуации, создающие непредусмотренную серьезную и непосредственную угрозу общественному здоровью.
Психические нарушения, возникающие при стихийных бедствиях и катастрофах, по DSM-3-R называются посттравматическими стрессовыми расстройствами, по МКБ-10 они относятся к кругу невротических, стрессовых и соматоформных расстройств1.
29.1. Классификация, клиническая картина, течение
Единой классификации психических нарушений вследствие стихийных бедствий и катастроф пока нет.
В нашей стране наиболее разработанная и обоснованная характеристика различных состояний психической дезадаптации и болезненных расстройств, возникающих в экстремальных условиях, принадлежит Ю.А.Александровскому с сотр. Эта классификация основана в первую очередь на изучении психических нарушений при землетрясениях, но может быть в силу своей схематичности и общности целого ряда условий экстраполирована и на другие виды стихийных бедствий и катастроф, так как содержит анализ всего развития экстремальной ситуации, вызывающей различные психогенные расстройства как с психотической, так и с непсихотической симптоматикой.
По этой классификации, основанной на динамическом принципе, в развитии жизнеопасной ситуации авторы выделяют три основных периода.
Первый период характеризуется преобладанием переживаний страха, ужаса при угрозе собственной жизни и гибели близких.
В связи с этим в последнее время появился даже новый термин «медицина катастроф»

Мощное стрессорное воздействие в это время вызывает неспецифические, внеличностные психогенные реакции, затрагивающие главным образом жизненные инстинкты.
Психические расстройства выражаются преимущественно реактивными психозами, а также непсихотическими психогенными реакциями.
Первый период длится обычно от момента начала мощного стрессорного воздействия до организации спасательных работ (минуты, часы).
Во втором периоде (во время развертывания спасательных работ) в формировании психических расстройств значительная роль принадлежит личностным особенностям пострадавших, а также осознанию ими жизнеопасной ситуации, ожиданию новых страшных воздействий, переживаний в связи с потерей близких, разрушением жилищ, потерей имущества.
В начале второго периода превалирует эмоциональное напряжение, постепенно сменяющееся повышенной утомляемостью и «демобилизацией» с астенической депрессивной или апатодепрессивной симптоматикой.
Третий период начинается после эвакуации пострадавших в безопасные районы. В это время у многих происходит сложная эмоциональная и мыслительная переработка пережитой ситуации, обостряется горечь утрат и потерь Стойкие психогенные нарушения непсихотического уровня могут возникать в связи с изменением жизненного стереотипа, необходимостью проживать в условиях эвакуации или в разрушенной местности. При этом нередки соматогенные психические расстройства, обычно подострого характера. Имеет место соматизация многих невротических нарушений.
Психические расстройства при стихийных бедствиях и катастрофах могут быть представлены самыми различными психогенными нарушениями Однако наиболее характерными именно для экстремальных ситуации (преимущественно в первом периоде развития этих ситуации) являются реактивные психозы в виде аффективно-шоковых реакций и истерических психозов.
Аффективно-шоковые реакции (иногда называемые также шоковыми реакциями, шоковыми неврозами, эмоциогенными неврозами, эмоцией-шоком) обычно проявляются реактивным ступором или реактивным двигательным возбуждением.
Реактивный (психогенный) ступор выражается во внезапно наступившей обездвиженности. Человек, несмотря на смертельную опасность, не трогается с места, не может сделать ни одного шага, ни одного движения, не в силах произнести ни одного слова (мутизм). Именно это состояние легло в основу широко известного выражения: «От ужаса остолбенел». После выхода из такого ступора человек, как правило, не помнит всего происходившего.

Реактивный ступор длится недолго (минуты, часы) и часто переходит в другой тип психогенной реакции, обычно депрессию.
Женщина 24 лет, ожидая на перроне поезд, в котором должны были приехать ее брат и

престарелая больная мать, внезапно увидела, что стоявшие на соседних путях цистерны взорвались и заполыхало пламя Она тут же застыла в одной позе, никак не реагировала на происходящее вокруг, хотя уже началась паника Такое состояние продолжалось несколько минут, сменившись затем депрессивным, которое длилось более двух месяцев, несмотря на то, что близкие ее не пострадали

Изредка при шоковой реакции преимущественно страдает эмоциональная сфера, наступает так называемый эмоциональный паралич, когда все чувства на какой-то момент как бы атрофируются, человек становится безучастным и никак эмоционально не реагирует на происходящее вокруг. В то же время мыслительные способности почти полностью сохраняются, человек все видит, все замечает, несмотря на нередко смертельную опасность, за всем наблюдает как бы со стороны.

Вот как описал немецкий профессор Бельц подобное состояние во время землетрясения в Токио, пережитое им в начале нашего столетия: «При полной сохранности интеллектуальной сферы у меня совершенно исчезли на некоторое время всякие чувствования высшего порядка: сострадание, забота и тревога за свою семью, даже испуг и страх и т.п. Это сопровождалось ощущением облегчения мыслительной деятельности. Вскоре все пришло в норму».

Реактивное психогенное возбуждение характеризуется внезапно наступившим хаотическим, бессмысленным двигательным возбуждением. Человек мечется, совершает массу ненужных движений, бесцельно размахивает руками, кричит, молит о помощи, не замечая подчас при этом реальных путей к спасению. Иногда внезапно бросается куда-то бежать без всякой цели (фугиформная реакция — от лат. fugio — убегаю)

Если несколько человек охвачено таким психогенным возбуждением, то подобное явление называется паникой (от имени древнегреческого бога Пана, при звуке трубящего рога которого все живое приходило в ужас и замешательство).

Подобные реакции могут иногда принимать характер массового индуцированного психоза, особенно в том случае, если «индуктором» становится чрезвычайно внушаемая истерическая личность. Реактивное возбуждение, так же, как и ступор, сопровождается обычно состоянием помраченного сознания с последующей амнезией.

При шоковых реакциях характерны разнообразные вегетативные нарушения в виде тахикардии, резкого побледнения, потливости, профузного поноса и т.д.

Истерические психозы в последнее время представлены главным образом истерическим сумеречным помрачением сознания (см.) и крайне редко пуэрилизмом, псевдодеменцией и т.д.

При истерическом сумеречном помрачении сознания обычно в поведении больных всегда отражается конкретная психотрав-мирующая ситуация, нередко сопровождаемая громким демонстративным плачем, неадекватным смехом или даже громким хохотом. Возможны истерические припадки.

После минования острого периода может наступить кратковременная эйфория (минуты, часы), когда у пострадавших возникает неадекватно повышенное настроение с переоценкой своих сил и возможностей, пренебрежением реальной опасностью

Эйфория у пострадавших при землетрясениях и катастрофах возможна и как следствие нередких в таких ситуациях черепно-мозговых травм.

После острого психотического состояния наиболее типично развитие реактивной депрессии (см). Депрессии при этом могут иметь различный характер [тоскливая, тревожная, маскированная (см.) и т.д.], но с часто появляющейся характерной чертой: чувством вины перед погибшими, отвращением к жизни, сожалением, что остался жив.

Наряду с острыми реактивными психозами у подавляющего числа пострадавших в первом периоде возникают непсихотические расстройства в виде растерянности, невозможности сразу осмыслить ситуацию. Такое состояние длится обычно недолго и сменяется ориентированностью в происходящем, мобилизацией сил,воли,активности.

Из психических нарушений при стихийных бедствиях и катастрофах наиболее частыми являются непсихотические расстройства невротического уровня, начиная от невротических реакций до неврозов и невротических развитии (см. главу 28).

Особенно характерно развитие разного рода навязчивых страхов, тематически обычно связанных с экстремальной ситуацией, а также тягостных навязчивых воспоминаний о пережитом. Эти состояния могут длиться долгое время, то затухая, то вновь обостряясь, особенно в ситуациях, хоть чем-то, даже весьма отдаленно напоминающих пережитую катастрофу. По таким же механизмам может возникать или резко обостряться истерическая симптоматика.

Долгое время может сохраняться нарушение сна, нередко с кошмарными сновидениями, также

отражающими ужас всего пережитого.
Психогенные воздействия могут также реализовываться в виде психосоматических заболеваний (см. главу 30), таких как инфаркт миокарда, язвенная болезнь желудка или двенадцатиперстной кишки, экзема и т.д.

Клиническая картина психических нарушений при стихийных бедствиях и катастрофах может быть значительно изменена за счет воздействия дополнительных вредных факторов, нередко сопутствующих экстремальным воздействиям самой ситуации К ним относятся психические расстройства, связанные с кровопо-терями (см), черепно-мозговыми травмами (см), смогами (см.), синдромом длительного раздавливания, размозжения мягких тканей обломками домов, глыбами земли и т.д (травматический токсикоз, краш-синдром, миоренальный синдром). В связи с этими дополнительными вредностями возникают различные состояния помрачения сознания вплоть до сопора и комы, эпилептиформ-ные припадки, тяжелые органические поражения головного и спинного мозга.
Сравнительно-возрастные особенности. У подростков и особенно у детей, переживших катастрофы и стихийные бедствия, чаще всего возникают тревога и разнообразные страхи, в том числе ночные. Тревожно-фобические явления обычно появляются на фоне пониженного настроения и вегетативных расстройств (Ба-шина В.М. и др.) Возможны задержки физического и особенно психического развития, дети трудно адаптируются в новой ситуации, им трудно усваивать новый материал.
Рубрификация психических расстройств по МКБ-10 В М КБ-10 посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР — англ. PTSD) представлено в разделе «Невротические, связанные со стрессом, и соматические расстройства» F40—F48 и кодируются в зависимости от ведущего синдрома.
29.2. Этиология и патогенез
Этиология Постоянным этиологическим фактором, вызывающим психические нарушения при стихийных бедствиях и катастрофах, является психическая травма, тем более мощная, если бедствие носит массовый характер, имеет большую разрушительную силу, наступает внезапно (эффект неожиданности, внезапности). В то же время психогении (см.) при экстремальных ситуациях нередко бывают не единственным вредным фактором: нередко они сопровождаются травмами головного и спинного мозга, травматическими токсикозами, ожогами, ранениями, кровопотерями.
Патогенез. При массовых катастрофах и стихийных бедствиях патологические сдвиги происходят главным образом на системных уровнях. Благодаря этим функционально-динамическим сдвигам нарушаются обычные взаимоотношения коры и подкорки, первой и второй сигнальных систем. При экстремальных воздействиях эти сдвиги достигают такой силы, что кора временно утрачивает свою обычную регулирующе-синтезирующую роль.

В патогенезе психических нарушений, возникающих в экстремальных ситуациях, наряду с другими факторами большая роль принадлежит ретикулярной формации либо в виде патологической активизации определенных ее систем (в частности, адренер-гической), либо, напротив, патологического блокирования ее не-специфически-блокирующей импульсацией. Наряду с изменениями в нервной системе происходят и гуморальные сдвиги, являющиеся следствием стресса, вызываемого не только тяжелой психотравмирующей ситуацией, но и дополнительными факторами (сильная боль, тяжелые интоксикации и т.д.).
Г.Селье, создавший учение о стрессе — «состоянии, проявляющемся специфическим синдромом в виде неспецифически обусловленных изменений в биологических системах», показал, что при общем синдроме адаптации организма к вредности любой природы, в том числе и к сильным эмоциональным нагрузкам, происходит определенная перестройка внутренней среды организма, связанная с функциями гипофизарно-адреналo-корти-кальной системы. Эта перестройка внутренней среды организма является, как ее образно называют, «призывом к оружию», мобилизацией защитных сил организма.
Адаптационный синдром, по Селье, развивается по стадиям. В частности, после «фазы шока», характеризующейся явлениями острой надпочечниковой недостаточности, наступает вторая фаза — «фаза противотока», когда отмечается усиление функции надпочечников, выделение в кровь кортикостероидов, увеличение объема крови, повышение содержания сахара и хлоридов в крови и тд. Неспецифическая адаптивная реакция, по Селье, не всегда проходит гармонично, отмечаются и так называемые болезни адаптации, зависящие от диспропорции антагонистических гормонов, избытка или недостатка адаптационных гормонов в период стресса и т.д.

Данные Селье, основанные на большом фактическом материале, представляют значительный интерес, но имеют определенный недостаток, заключающийся в недооценке роли нервной системы. В частности, Селье признает, что при эмоциональном стрессе первые сдвиги происходят в мозге, в подбугровой области, но тем не менее недооценивает роль нервной системы, отводит ей второстепенное значение Между тем только единством нервных и гуморальных факторов можно объяснить патогенез ряда психогенных реакций, где имеет место торможение коры и активация подкорковых образований с разнообразными функциями, в том числе и нейросекреторной.

Поданным И.П.Анохиной, возникновение реактивных психозов связано с нарушениями функций катехоламиновых систем мозга, что обусловлено определенными биологическими свойствами функции адреналовых механизмов центральной нервной системы, не только в первую очередь реагирующих на стрессовые ситуации, но и имеющих тенденцию к затяжным формам реакции.

Специальные исследования, проведенные с целью изучения патогенеза реактивного ступора (Морозов Г.В.), показали, что важную роль в возникновении двигательной заторможенности играет связанное с застойным очагом возбуждения в коре застойное возбуждение структур сетевидного образования среднего мозга и гипоталамуса с патологическим активированием адренерги-ческого субстрата. Кроме того, при реактивном ступоре имеет место также и патология центральных холинергических элементов.

При наличии целого ряда существенных особенностей (множественность и внезапность воздействующих психотрав-мирующих факторов, необходимость бороться за выживание, за жизнь окружающих и т.д.) психические расстройства в экстремальных ситуациях имеют много общего с клинической картиной нарушений, развивающихся при иных психотравмирующих ситуациях. Следовательно, в ряде случаев и патогенез психических расстройств при катастрофах и стихийных бедствиях имеет сходство с таковым при психогениях в целом, особенно если болезненная симптоматика выражается в нарушениях невротического уровня.

В этом плане представляют большой интерес данные, связанные с изучением ультраструктурных и биохимических изменений в коре больших полушарий при экспериментальном неврозе (Ха-нанашвили М. М.), свидетельствующие о таких изменениях в нейронах и синапсах, которые отражают нарушение протеинового и гликопротеинового синтеза и в то же время реализацию процессов защиты (в частности, развитие лизосом), предотвращающих гибель нервных клеток1.

В основе патогенетических механизмов, по которым болезненная психическая симптоматика может обостряться спустя иногда даже длительное время после катастрофы, лежит принцип «следовых реакций», смоделированный и описанный А. Д. Сперанским: значительное время спустя после сильного наводнения маленькая струйка воды, пущенная под дверь, вызвала у животного те же самые невротические расстройства, которые были несколько лет назад при наводнении.

Подобные данные — еще одно доказательство несостоятельности терминов «структурные» или «функциональные изменения», когда по сути более адекватными являются такие определения, как «обратимые или необратимые изменения»

Мероприятия по оказанию первой медицинской, первой врачебной и специализированной (психиатрической) помощи пострадавшим с психическими расстройствами

Таблица 2

Первая медицинская помощь	Первая врачебная помощь	Специализированная медицинская помощь (психоневрологическая больница)

Успокаивающее горячее питье. При длительном возбуждении, неадекватных поступках в качестве крайней меры — фиксация к носилкам с использованием лямок и подручных средств, простыней, полотенец (следить, чтобы не были пережаты сосуды и нервы рук и ног). Можно давать успокаивающие микстуры (валерианы, боярышника, пустырника с бромом и др.) При наличии условий с целью купирования двигательного возбуждения показаны внутримышечно 2,5% раствор тизерцина (2 мл), 2,5% раствор аминазина (2—3 мл), 0,1% раствор феназепама(2мл)!.	Успокоение. Успокаивающие микстуры. При двигательном возбуждении - 2,5% раствор тизерцина или аминазина (2-3 мл), галоперидол (10—20 мг); 0,1% раствор феназепама (2 мл); литическая смесь; 2,5% раствор аминазина (2—3 мл) или 2,5% тизерцина (2 мл); 1% раствор димедрола (3 мл); при отсутствии гипотонии 25% раствор магния сульфата (5 мл)2. Медикаменты вводят внутримышечно.	Специализированная психиатрическая помощь в полном объеме в зависимости от особенностей заболевания и ведущего синдрома

Разовые дозы препаратов 2 Суточные дозы препаратов

Прогноз психических нарушений при катастрофах и стихийных бедствиях различен в зависимости от характера ситуации, своевременности оказанной помощи, величины утрат и потерь, наличия или отсутствия тяжелых соматических поражении, личностных особенностей потерпевшего

29.3. Лечение и реабилитация

Психиатрическая помощь при экстремальных ситуациях должна быть частью общего комплекса медицинских мероприятий, в свою очередь составляющих важное звено первоочередных аварийно-спасательных работ

Основные мероприятия по оказанию первой медицинской помощи, первой врачебной помощи и специализированной медицинской помощи пострадавшим во время жизнеопасных экстремальных ситуаций, приведены в таблице 2 (Александровский Ю А , 2000)

При этом психиатрическая помощь, как и медицинская в целом, должна быть максимально приближена к пострадавшему населению с целью активного выявления лиц с психической патологией Острая и неотложная психиатрическая помощь должна оказываться соответствующе подготовленными психиатрическими бригадами, для нее должны быть выделены специальные помещения при развертывании в зоне бедствия общемедицинских поликлиник и стационаров

Очень важным является организация психотерапевтической работы среди населения не только в районе стихийного бедствия и катастрофы, но и в местах эвакуации

Во избежание возникновения соматогенных психических расстройств (или во всяком случае для их уменьшения) чрезвычайно важно принятие своевременных мер по лечению всех поражений, причем также начиная с самых ранних этапов

Реабилитационные мероприятия должны проводиться с учетом характера перенесенного психического заболевания, степени выраженности остаточных явлений его, наличия тех или иных соматических заболеваний и быть обязательно комплексными, включающими, помимо лекарственной терапии, психотерапию в самых различных ее вариантах, физиотерапию, психокор-рекционные методики с учетом личностной характеристики пострадавших По возможности следует проводить профессиональную реабилитацию

29.4.Профилактика

Профилактика психических нарушений при стихийных бедствиях и катастрофах затруднена, так как эти экстремальные ситуации возникают обычно внезапно и неожиданно

Большое значение имеет возможное прогнозирование землетрясений в сейсмически неблагополучных регионах с принятием мер, в первую очередь эвакуацией населения

Для организации скорейшей медицинской, в том числе и психиатрической, помощи, способной приостановить, а в ряде случаев и предотвратить развитие психических расстройств у населения в зоне бедствия, существуют специализированные отряды по проведению первоочередных аварийно-спасательных работ, включающие различные службы, в том числе и медицинскую Расширяется создание таких отрядов и в нашей стране Подобное прогнозирование необходимо и в районах с возможными наводнениями, оползнями, обвалами, снежными лавинами и тд В районах, подверженных землетрясениям, оползням, наводнениям и тд , необходимо проведение

просветительной работы среди населения с соответствующей тактической и психологической подготовкой Необходимо, чтобы все медицинские работники независимо от места проживания были знакомы с основными положениями медицины катастроф и в том числе психиатрического ее раздела

Соответственно подготовленные медицинские работники, проживающие в районе, где возникла экстремальная ситуация, смогут сразу же, еще до прибытия специальных отрядов, приступить к необходимым лечебно-профилактическим мероприятиям

29.5. Экспертиза

При полной обратимости психических нарушений лица, пережившие экстремальную ситуацию, могут быть трудоспособны и возвращаются к своей прежней трудовой деятельности При неблагоприятном течении заболеваний вопрос о трудоспособности должен решаться в зависимости от уровня поражения при невротических расстройствах больные либо возвращаются к своей прежней работе, либо направляются на более легкую

При выраженных психических нарушениях, особенно органическом поражении мозга, часто сопровождающемся тяжелыми соматическими расстройствами, больные переводятся на инвалидность

Вопрос о вменяемости или невменяемости должен решаться строго индивидуально, в зависимости от характера психических расстройств, их стойкости, обратимости или необратимости, степени интеллектуально-мнестических нарушений

Глава 30. ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА

Психосоматическими принято считать расстройства функций органов и систем, в происхождении и течении которых ведущая роль принадлежит воздействию психотравмирующих факторов (стресс, разного рода конфликты, кризисные состояния и тд.).

Термин «психосоматическое заболевание», или «психосоматическое расстройство», является наиболее распространенным. Значительно реже употребляются такие его синонимы, как «психофизиологическое расстройство», «болезнь стресса», «патология современной цивилизации», «болезнь коммуникации», «болезнь адаптации или дезадаптации», «патология психостаза».

Если ранее к психосоматическим заболеваниям относили только эссенциальную гипертонию, тиреотоксикоз, нейродермит, бронхиальную астму, некоторые формы ревматоидного артрита, язвенный колит, язвенную болезнь, то в настоящее время «регистр психосоматического реагирования» значительно расширился за счет включения в него заболеваний сердечно-сосудистой системы, в частности ИБС, инфаркта миокарда, гипертонической болезни, большого числа кожных и урогенитальных заболеваний и мигрени. К числу типичных психосоматических заболеваний, особенно в странах Северной Америки и Западной Европы, стали относить нервную анорексию, нервную булимию, кардиоспазм и некоторые формы психогенного ожирения.

30.1. Клиническая картина и течение

Большинство современных исследователей выделяют психосоматические реакции и психосоматические заболевания. Первые по существу еще не являются точно очерченной патологией и встречаются у здоровых людей как единичные, изолированные реакции организма на те или иные стрессовые моменты. Примером этих реакций являются учащение мочеиспускания и диарея у студентов перед трудными экзаменами. В то же время при определенных условиях эти единичные психосоматические реакции могут стать началом психосоматического заболевания.

В последнее время стали выделять «классические психосома-тозы», в клинической картине которых имеется органическое поражение той или иной системы (язвенная и гипертоническая болезнь, неспецифический язвенный колит и т.д.).

Психосоматозы1, являясь по существу психогенными расстройствами, составляют наряду с неврозами и психопатиями са-

Для краткости здесь и далее вместо термина «психосоматическое заболевание» мы будем использовать все более часто употребляемый в последнее время термин «психосоматоз»

мый большой удельный вес среди заболеваний, традиционно относимых к малой или пограничной (внебольничной) психиатрии.

Страдающие психосоматозами никогда не обращаются к психиатрам и длительное время (иногда годами) безуспешно лечатся у врачей других специальностей, нередко переходя от одного врача к другому. Неэффективность многолетнего лечения этих пациентов, покидающих поликлинику или стационар только для того, чтобы, «выйдя из них через одну дверь, тут же войти в другую», наносит большой моральный ущерб не только отдельным врачам и меди-

цинским учреждениям, но и всей системе здравоохранения, дискредитируя в глазах больного и его семьи, его друзей и сотрудников по работе всю медицинскую науку и практику (Тополянский В.Д., Струковская М.В). Именно поэтому врачам общего профиля, терапевтам, гастроэнтерологам, кардиологам, хирургам необходимо иметь хотя бы общее представление о психосоматозах.

Общим для всех психосоматозов является острое или постепенное начало, нередко с невротической депрессии. Клиническая картина заболевания представлена разнообразными соматическими жалобами и симптомами, за которыми стоят отчетливые аффективные расстройства. Психические нарушения при психосоматозах в остром периоде чаще ограничиваются тревогой, реакциями паники, депрессией. Хроническое течение заболевания приводит к появлению отчетливых неврозоподобных и, чаще, психопатоподобных расстройств.

В последние годы большое внимание уделяется деятельности пищеварительного аппарата. Ученые уже давно обратили внимание на тесную взаимосвязь эмоций и функции желудочно-кишечного тракта Последний был даже назван «звучащим органом эмоций», ибо первые эмоции человека и животного, несомненно, были связаны с удовольствием от приема пищи.

Распространенным психосоматическим заболеванием желудочно-кишечного тракта является язвенная болезнь. Частота заболевания пептической язвой в настоящее время варьирует от 2,6 до 18,2 случая на 1000 населения. При патологоанатомическом вскрытии у 6% умерших выявлены язвы, послужившие причиной смерти. У мужчин язвенная болезнь желудка встречается в 2 раза чаще, а язва двенадцатиперстной кишки — в 7 раз чаще, чем у женщин.

В качестве фактора предрасположенности при язвенной болезни описано врожденное повышение содержания пепсиногена в плазме, которое закреплено генетически и передается по наследству. Гиперсекреция пепсиногена через связь мать — ребенок приводит к развитию особой личности с весьма определенными реакциями на социальные конфликты, что может быть патогенным во взрослой жизни. Поскольку содержание пепсиногена в плазме

коррелирует с секреторной деятельностью желудка, повышение его в плазме может служить предвестником язвенной болезни.

Другим предвестником язвенной болезни является селективное повышение содержания у будущих пациентов иммуноглобулина М в психотравмирующей ситуации. Фактором же предрасположенности считается характерная для язвенной болезни повышенная анксиозность.

В качестве стрессора при язве обычно выступают длительные отрицательные эмоции (депрессия, тревога, неудовлетворенность собой). Обследование людей с фистулой желудка показало, что депрессия, испуг, подавленность настроения могут приводить к гипофункции желудка, а агрессивность (особенно неотреагированная), гнев, негодование, обида — к гиперфункции его. Интимная связь эмоций и секреторной деятельности желудка подчеркивается усилением выделения желудочного сока при гипоманиакальном состоянии и снижение его уровня при депрессии.

Данные исследования личности больных язвенной болезнью весьма неоднозначны. Одни авторы полностью отрицают наличие специфической личности у этих больных, другие описывают страдающих этим заболеванием как враждебных, гиперсенситивных, с незрелыми реакциями, неспособных к полному самовыражению, поэтому живущих в постоянном напряжении. В собственных глазах и глазах окружающих они «жалкие неудачники, полностью зависимые от окружающих». Генетические исследования язвенной болезни показали, что монозиготные близнецы в 50% случаев были конкордантны по язве двенадцатиперстной кишки, что в 3 раза выше соответствующих показателей среди ди-зиготных близнецов. По сравнению с контрольной группой монозиготные близнецы оказались более амбициозными, сенситивными, склонными к колебаниям аффекта. Особо подчеркивается, что для этих больных характерен высокий уровень сенситивности к стрессу в микро- и макроколлективах за счет наличия у них «врожденного невротического характера».

В целом, учитывая различные факторы этиологии язвенной болезни, это психосоматическое расстройство, по мнению большинства исследователей, развивается по следующей схеме: психическое возбуждение — функциональное нарушение — двигательное и секреторное нарушение — воспаление — изъязвление — склерозирование. Приведем клиническое наблюдение.

Больная Д., 40 лет. Родилась в состоянии синей асфиксии. Первые годы очень плохо ела, постоянно выплевывала пищу. Когда ребенка пытались накормить насильно, появлялась рвота. Пищу с детства ассоциировала с насилием. Всегда не любила время завтрака, обеда, ужина. В 3 года перенесла дизентерию, с тех пор отмечается склонность к запорам. Аппетита не было до 15

лет. В школе училась хорошо, хотя всегда было трудно

отвечать по литературе и истории. Всегда была крайне привязана к матери, во всем советовалась с ней. После окончания технического вуза работала инженером. В 27 лет вышла замуж, мужа не любила, но хотела иметь детей. Жила с мужем, сыном и матерью в трехкомнатной квартире. Когда больной было 30 лет, у ее матери был диагностирован рак желудка. Всегда тревожная, мнительная и ранимая, больная восприняла эю ишестие как «удар судьбы»: стала тоскливой, подавленной, хотя при матери старалась быть «оптимисткой». В течение 2 лет ухаживала за умирающей матерью, семьей практически не занималась. Хотя и была подготовлена врачами к смерти матери, после кончины ее стала настолько депрессивной, что ей предлагали помощь психиатра. Однако никаких лекарств она не принимала, обвиняла себя в смерти матери, с трудом ходила на работу- Спустя 1,5 мес после смерти матери однажды вечером почувствовала острую боль в желудке. Сразу же решила, что у нее рак. На следующее утро по ее настойчивой просьбе больной была сделана гастроскопия, которая показала наличие язвы в луковице двенадцатиперстной кишки. Активно лечилась, тщательно выполняла все назначения врачей, особенно касающиеся диеты. Очень боялась «перерождения язвы в рак», читала медицинскую литературу, тщательно прислушивалась к своим ощущениям. Часто посещала терапевтов, хирургов, рентгенологов. Требовала все новых и новых исследований. При отказе стала давать бурные реакции с плачем, рыданиями, оскорблениями врачей. Дома была постоянно раздражительной, считала себя тяжелобольной, помыкала всеми родственниками. Уже спустя 6 мес не думала об умершей матери, «всю себя посвятила своему здоровью». Была направлена на консультацию к психотерапевту. При обследовании больная тревожна, крайне ипохондрична, речь изобилует медицинской терминологией. Считает себя тяжелобольной. Психопатоподобное поведение дома отрицает. Обвиняет во всем мужа и сына.
Из всех психосоматических заболеваний наибольшее внимание психиатров привлекает неспецифический язвенный колит. Это заболевание, как известно, чаще отмечается у молодых людей, предпочтительно у женщин. Эпидемиологические исследования этого заболевания показывают не только ведущую роль в генезе его социального фактора, но и позволяют выявить специфическую предрасположенность к этому заболеванию. Болезнь чаще отмечается в городах. В Западной Европе она регистрируется с частотой 1 случай на 2000 здорового населения. Это заболевание вызывается эмоциональным стрессом, который через сложные кор-тико-висцеральные связи (Быков К.М., Курцин И.Т.) приводит к патологическим изменениям в слизистой оболочке толстого кишечника (гиперемия слизистой — ранимость ее — изъязвление).
Особого внимания заслуживает личность этих больных. Они описываются как внешне спокойные, ровные, хотя и зависимые. Но под маской благодушия у них скрывается огромное чувство враждебности, негодования, обиды и вины. Такие эмоции, если они держатся долго и не реализуются, приводят к гиперфункции толстого кишечника с усилением транспортной функции, кровенаполнением сосудов, набуханием слизистой оболочки и появле-

нием небольших геморрагических изъязвлений. По мнению клиницистов, язвенный колит чаще всего характерен для «обсессив-но-компульсивной личности» с повышенной враждебностью и с ограниченными контактами с окружающими. Эти больные отличаются пунктуальностью, добросовестностью, упрямством, стремлением к идеальному порядку во всех сферах своей деятельности, придерживаются раз и навсегда установленных форм поведения. Для них также характерны такие черты, как пассивность, инфантильность, эгоцентризм.
Это заболевание носит хронический хараKiep, сопровождаясь частыми эмоциогенно вызванными обострениями, что способствует отчетливой психопатизации и формированию патологического развития личности. Ранее, до применения психотерапевтических методов лечения, неспецифический язвенный колит часто заканчивался летально. С применением же психотерапевтических методов резко снизилась смертность, отмечается значительное урежение приступов болезни. В ряде случаев это заболевание удалось перевести на «субклинический уровень».
Не менее сложен 1енез еще одного пока относимого к разделу психосоматической патологии заболевания — бронхиальной астмы. Считается, что бронхиальная астма — это результат сложных взаимосвязей «генетического грима» и факторов внешней среды (инфекции, аллергены, психологическое влияние). Показано также наличие определенной наследственной психопатологической отягощенности в семьях больных бронхиальной астмой. Кроме того, у

страдающих этим заболеванием выявлена «специфическая уязвимость в виде неизвестного иммунофизиологического предрасположения» в форме повышенной сокращаемости и расширения бронхиол, вероятнее всего генетического характера. Перед началом заболевания у всех пациентов были периоды беспричинной тревоги, что в сочетании с генетическим предрасположением считается «маркером» бронхиальной астмы. Хотя провоцирует эту патологию сочетание ряда патогенных факторов (психогенных, аллергических и инфекционных), главное значение большинством ученых отводится именно психогенному воздействию. Характерно, что роль стресса в возникновении бронхиальной астмы во многом определяется возрастом. Так, если до 16 лет стресс до заболевания отмечается только в 12% случаев, то в последующем (16—45 лет) он возрастает в 3 раза, а после 45 лет достигает практически 50%. В том случае, когда стресс не является главным в этиологии бронхиальной астмы, он тем не менее значительно ухудшает ее течение, прогноз и лечение

Заслуживает внимания особый микроклимат, существующий в семьях больных бронхиальной астмой Гиперпротекция родителей, тщательно оберегающих детей от любых невзгод, по существу превращает их в «зависимых инвалидов»

Лечение бронхиальной астмы должно быть комплексным, с обязательным включением в лечебную программу психотерапевтического воздействия в различных его вариантах. Однако крен в сторону только психотерапевтического лечения и полный отказ от медикаментозной терапии может привести (особенно у детей) к летальному исходу

30.2. Сравнительно-возрастные особенности

Психосоматическим расстройствам подвержены, хотя и в разной степени, все возрастные группы популяции, включая детский и подростковый возраст У детей психосоматическая патология выражается главным образом отдельными симптомами в виде разнообразных психосоматических реакции. Эти реакции порой неотличимы от невротических, обычно непродолжительны и исчезают при ликвидации психотравмирующеи для ребенка ситуации

В формировании психосоматических реакции у детей основное значение имеют патология беременности, травмы в родах, детская невропатия и неблагоприятные микросоциальные условия воспитания (неполная семья и т.д.). В последние годы выявляется все больше данных о том, что профилактикой психосоматических расстройств у детей являются нормальные роды и адекватные условия воспитания в первые годы жизни.

Из всех психосоматических расстройств у детей чаще всего отмечаются функциональные расстройства пищеварительной системы (анорексия, тошнота, рвота, психогенные запоры и поносы и др). Среди перечисленных расстройств отмечается выраженное доминирование рвотной реакции, являющейся соматическим проявлением отчетливого отвращения к чему-либо. Рвота часто отмечается у детей при изменении стереотипа жизни: при первом посещении детского сада, школы и т.д Примером является появление неукротимой рвоты у маленькой героини романа Колина Маккалоу «Поющие в терновнике» перед первым посещением школы

Реже у детей отмечаются психосоматические реакции в виде невротического кашля, псевдоларингоспазма, энуреза и др.

В подростковом возрасте психосоматическая патология практически не отличается от соответствующих расстройств у взрослых.

30.2.1. Рубрификация психических расстройств в МКБ-10

В МКБ-Ю эти расстройства представлены в различных разделах: «Невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства» как «соматоформные расстройства»; в разделе «Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами» как «расстройства приема пищи» и в классах МКБ-Ю, характеризующих соматические болезни (гипертоническая болезнь, астма, язва желудка и др.).

30.3. Этиология и патогенез

Для объяснения этиологии и патогенеза психосоматозов было предложено множество самых разнообразных гипотез: психоаналитическая, психодинамическая, кортико-висцеральная, стрессовая, социально-психологическая, теория функциональных систем П.А.Анохина, теория устойчивых патологических состояний Н.П.Бехтеревой. Однако ни одна из них не может дать полного, исчерпывающего объяснения всего разнообразия психосоматических расстройств. Вероятно, поэтому в последнее время стали говорить о мультифакториальном генезе психосоматозов, в котором каждая из предложенных гипотез объясняет одно из звеньев патогенеза этого заболевания.

Как известно, многие психосоматические заболевания могут возникать под действием острого или хронического стресса, биологическая адаптация к которому у человека сильно запаздывает (Курцин И.Т.). При этом стресс не всегда может быть осознаваемым. Решающее значение при этом приобретает «внутренне скрытое накопление» афферентных импульсов (Сеченов И.М.) — бесчисленные следы интеллектуальных, аффективных и сенсорных раздражений, общий эмоциональный фон которых далеко не всегда осознанно воспринимается человеком. Однако при одинаковой силе и выраженности стресса у одних людей возникают психосоматические заболевания, у других — нет. Более того, вопрос о том, почему психическая травматизация у одних людей вызывает появление психосоматозов сердечно-сосудистой системы (ИБС, стенокардия, инфаркт миокарда), у других — желудочно-кишечного тракта (язвенная болезнь, синдром возбудимой толстой кишки и др.), у третьих — дыхательного аппарата (бронхиальная астма, гипервентиляционный синдром и др.), требует своего разрешения. Возможно, в этом процессе играют роль определенные наследственные факторы, включая наличие некой врожденной слабости, функционального несовершенства тех или иных органов, через которые и реализуется будущий психосома-тоз. Конституциональная предрасположенность, как правило, проявляется в критический период (например, в период полового созревания или инволюции) по генетическим или рефлекторным механизмам. При стрессе, как известно, при общем усилении защитных функций организма происходит реактивация подавленных и вытесненных эмоций и конфликтов в виде вегетативных расстройств, являющихся начальным этапом психосоматоза.

Большое значение в последнее время уделяется факторам предрасположения к психосоматозам. К ним, в частности, относят драматические изменения жизни, различные кризисные ситуации (землетрясение, наводнение и т.д.), которые оказываются сверхсильными для личности, потерю близких.

В качестве предрасполагающего момента при этом часто выступает фактор длительного нервного перенапряжения. С большой убедительностью это доказано при исследовании гипертонической болезни у диспетчеров ряда крупных аэропортов, работа которых относится к разряду наиболее напряженных.

В формировании психосоматической патологии, кроме факторов предрасположения и провоцирующих моментов, большое значение придается преморбидным особенностям личности. Естественно, что при множестве психосоматозов трудно выделить характерные только для этого вида патологии личностные особенности, хотя попытки в этом направлении делаются. Так, обязательной чертой этой группы больных является повышенная тревожность, которую пациенты не в состоянии выразить словами и таким образом получить какое-либо облегчение. Неумение выразить в словесной форме свои переживания автор назвал алекситимией1 (Сифнеос П.). Последняя, по мнению автора, передается по наследству и во многом определяет пассивно-оборонительный стиль поведения больных в стрессовой ситуации. Описываются также особенности личности, характерные для вполне определенного психосоматического заболевания или группы заболеваний. Например, такие черты, как самоуверенность, агрессивность, нетерпимость, постоянная нехватка времени, неустанная борьба за максимальные достижения в любой деятельности, сверхпреданность работе, оказались характерными для лиц с повышенным риском коронарных заболеваний, включая инфаркт миокарда (так называемый личностный тип А).

Многие исследования в области личности психосоматических больных до сих пор основываются на концепции личностных профилей, разработанной Ф.Дэнбар в 1954 г. Согласно этой концепции, у всех больных выявляется универсальная невротическая структура, в ряде случаев конституционально обусловленная. При этом каждая психосоматическая болезнь коррелирует с вполне определенным личностным профилем. В последних исследованиях эта точка зрения подверглась критике. Стали считать, что концепция профилей личности не выдержала испытания временем, не подтвердилась практикой. Однако отрицание данной теории не снижает общего интереса к изучению личностных особенностей этой многочисленной группы больных.

В частности, предпринята попытка количественного анализа личностных особенностей. Оценку проводят на основе различных клинически ориентированных психологических тестов и опросников.

В дословном переводе — «для чувств нет слов»

30.4. Распространенность
Хотя статистически достоверных кросскультуральных исследований психосоматических заболеваний до сих пор нет, многие исследователи убеждены в том, что эти заболевания широко распространены во всех странах мира, в том числе и в развивающихся. В то же время в некоторых африканских племенах, изолированных от западной цивилизации, этих заболевании, по-видимому, нет.
Статистика показывает, что 1/3 больных, получающих медицинскую помощь, страдают первично от эмоциональных расстройств. При этом общее число собственно психосоматических заболеваний у взрослых колеблется от 15 до 50%. Более того, некоторые психосоматические расстройства, например сердечно-сосудистые, стали пандемическими практически во всех промыш-ленно развитых странах.
Эпидемиологические исследования показывают, что к психосоматической патологии более предрасположены люди пожилые и среднего возраста, а также с низким прожиточным уровнем. Эта патология чаще отмечается у женщин.
Таким образом, частота психосоматических заболеваний зависит от многих факторов (пол, возраст, место проживания, наличие или отсутствие вредных привычек и т.д.).
По мнению многих ученых, распространенность и тяжесть психосоматических расстройств зависит от культурного и экономического уровня общества. Например, язвенный колит — до-вольно частое явление на Западе и очень редко отмечается в развивающихся странах Азии и Африки. Эссенциальная гипертония у японцев часто приводит к смерти, а в некоторых районах Новой Гвинеи она практически не регистрируется. В США это заболевание чаще отмечается среди негритянского населения, причем протекает в наиболее тяжелой и злокачественной форме. В то же время такой частоты и степени злокачественности гипертонии не отмечается в Центральной и Западной Африке.
Известно также, что в западных странах такие психосоматические заболевания, как мигрень, импотенция и запоры, являются приоритетом образованных, процветающих классов населения. Очень редко эти заболевания отмечаются среди представителей низших слоев западного общества, а также в восточных странах.
30.5. Лечение, реабилитация, профилактика и прогноз
Лечение больных с психосоматической патологией представляет значительные трудности и в первую очередь потому, что до обращения к психиатру больные длительно и безрезультатно ле-чатся у врачей других специальностей. Основной недостаток такого лечения заключается в том, что игнорируется психогенная природа психосоматоза, а все внимание обращается лишь на со-матический аспект этой патологии.

Лечение этих больных должно быть сугубо индивидуальным и комбинированным.
Учитывая то, что при любом психосоматическом расстройстве имеют место выраженная в разной степени «соматизация» аффекта и наличие в клинической картине депрессивных переживаний, препаратами выбора при лечении психосоматических расстройств являются антидепрессанты в небольших дозах, применяемые длительно в сочетании с транквилизаторами стимулирующего и седа-тивного действия и небольшими дозами нейролептиков, таких как эглонил в сочетании с амитриптилином (на ночь) и френолоном.
Эффективность антидепрессантов при психосоматических расстройствах объясняется тем, что многие исследователи эту патологию рассматривают как разновидность маскированной депрессии.
При лечении психосоматических paceiponci в главный акцент, естественно, следует ставить на психотерапевтическом воздействии. При этом тип и метод психотерапии выбирают индивидуально в зависимости от типа личности, вида патологии, ее тяжести и длительности, а также наличия или отсутствия психологических форм защиты.
Профилактика. Более сложными и значительно менее разработанными являются вопросы профилактики психосоматических заболеваний. Поскольку теоретически предотвратить их появление нельзя (даже с учетом факторов предрасположения и провоцирующих моментов), внимание специалистов должно быть направлено на улучшение психиатрической и психотерапевтической подготовки врачей, ибо именно к ним в первую очередь и обращаются страдающие психосоматическими заболеваниями.
Прогноз. Предлагаемое психиатром лечение, естественно, должно сочетаться с терапией собственно терапевтическими средствами. В данном случае идеальным было бы сочетанное од-новременное лечение одного и того же больного психотерапевтом (психиатром) и терапевтом.
Сочетание двух подходов — терапевтического и психиатрического — определяет, как правило,

хороший прогноз заболевания и адекватную социально-психологическую реабилитацию.

30.6. Экспертиза

В тяжелых, запущенных случаях психосоматических заболеваний больные являются практически нетрудоспособными и вынуждены получать группу инвалидности по соматическому заболеванию.

Однако какова бы ни была тяжесть психосоматического страдания, она не отражается на состоянии вменяемости пациентов, и при совершении противоправных деяний они не освобождаются от уголовной ответственности за совершенное преступление.

Глава 31. НЕРВНАЯ АНОРЕКСИЯ, НЕРВНАЯ БУЛИМИЯ

Нервная (психическая) анорексия — заболевание, выражающееся в сознательном ограничении в еде с целью похудания, в возникающих вторичных соматоэндокринных расстройствах и нарастающем физическом истощении'

Нервная (психическая) анорексия свойственна главным образом девочкам-подросткам и молодым девушкам, хотя иногда может встречаться и улиц мужского пола пубертатного или юношеского возраста Выражается в чрезвычайно упорном стремлении к похуданию путем целенаправленного, длительного самоограничения в еде, иногда сопровождаемого интенсивными физическими упражнениями или приемом больших доз слабительного.

При невозможности выдержать длительное голодание больные прибегают к такому методу, как вызывание искусственной рвоты после каждого приема пищи.

Нервная булимия — заболевание, проявляющееся в чрезмерном, несдерживаемом аппетите с поглощением очень большого количества пищи и последующей искусственно вызываемой рвотой

31.1. Клиническая картина и течение

Нервная анорексия чаще всего связана с другой патологией пубертатного и юношеского возраста — дисморфоманией.

Болезненная убежденность в собственной «излишней полноте», чаще всего носящая характер навязчивой, сверхценной или бредовой идеи, постепенно приводит больных к мысли о необходимости «коррекции» этого мнимого или чрезвычайно переоцененного физического недостатка. Ввиду очень свойственной этим больным склонности к диссимуляции они всеми силами стараются скрыть от окружающих (и в первую очередь от родителей) не только мотивы своего поведения, но и само осуществление этой «коррекции», делают все для того, чтобы питаться отдельно от других членов семьи, а если это не удается, прибегают к различным уловкам и хитростям, незаметно выплевывают уже пережеванную пищу и прячут ее, пытаются накормить своей порцией специально для этого заведенную собаку, незаметно перекладывают пищу со своей тарелки в другие и т.д. При этом тщательно изучают питательность каждого продукта, старательно высчитывают калории, избегая тех видов пищи, от которых можно «растолстеть» (не едят гарниров, масла, мучных изделий и т.д.). Достигнув значительной потери веса, они обычно не бывают удовле-

В настоящее время большинство авторов считают нервную анорексию классическим примером психосоматической патологии

творены даже самой низкой массой тела и продолжают ограничивать себя в еде, стараясь при этом регулярно взвешиваться.

Одной из довольно типичных особенностей этих больных является стремление при собственном постоянном самоограничении в еде перекармливать других членов семьи и особенно младших братьев и сестер. При этом больные проявляют большой интерес и способности к приготовлению самых разнообразных блюд, иногда даже специально изучают для этого кухни разных стран. Не удовлетворяясь только самоограничением в еде, больные очень активно начинают заниматься различными физическими упражнениями, иногда по специальной, продуманной ими системе. Кроме того, нередко принимают слабительные средства, подчас в огромных количествах (при длительном голодании прием слабительных обусловливается также такой причиной, как запоры, весьма упорные вследствие атонии кишечника).

Одной из клинических разновидностей нервной анорексии является стремление больных достичь желаемого результата путем регулярного вызывания искусственной рвоты. Будучи убежденными в необходимости избавиться от «лишней полноты», но в то же время не выдерживая длительного голодания, эти больные после каждого приема пищи добиваются ее эвакуации, не только вызывая искусственную рвоту, но подчас и прибегая к помощи желудочного зонда (чтобы «полностью очистить желудок»). У этой группы больных с течением времени развивается булимия, при которой они поглощают огромное количество пищи, а затем вызывают рвоту, причем далеко не всем из них удается достигнуть желаемого результата —

похудания. У части из них вместо потери массы тела она постепенно увеличивается, что в свою очередь является поводом к изысканию новых средств «борьбы с полнотой».
Выбор методов «коррекции» во многом определяется премор-бидными особенностями личности. Подростки с истерическими чертами характера чаще пользуются не столь тягостно переносимыми методами похудания (искусственная рвота, слабительные, клизмы), в то время как больные психастенического склада считают такие методы «неэстетическими» и прибегают главным образом к постоянному значительному самоограничению в еде и интенсивным физическим упражнениям Необходимо отметить, что если на первом этапе, условно называемом дисморфоманичес-ким, у больных могут иметь место идеи отношения и подавленное настроение, то на втором этапе — в периоде активной «коррекции излишней полноты», или аноректическом, идеи отношения уже полностью исчезают и депрессивные переживания становятся все менее выраженными. Через 1,5—2 года после начала болезни наступает третий этап — кахектический, характеризующийся уже

выраженными соматоэндокринными нарушениями, постепенно нараставшими в течение второго этапа. К этому времени больные теряют, как правило, от 20 до 50% прежней массы тела и обнаруживают все признаки дистрофии. Наряду с исчезновением подкожной жировой клетчатки самым типичным проявлением изменений со стороны соматического статуса является аменорея, иногда возникающая сразу, иногда — после периода олигоменореи. У больных истончаются мышцы, кожа становится сухой, шелушащейся, цианотичнои, возможно образование пролежней и трофических язв. Имеют место повышенная ломкость ногтей, выпаде-ние волос, кариес и выпадение зубов. Отмечаются обычно также дистрофия миокарда, брадикардия и гипотония, общий энтероптоз, анацидный гастрит, атония кишечника. Характерным являются низкое содержание сахара в крови, изменение сахарной кривой, следы белка в моче, признаки анемии в картине крови.
Тщательная диссимуляция больными своего состояния нередко приводит к установлению разнообразных диагнозов, а появление вторичных выраженных соматоэндокринных расстройств чаще всего дает повод заподозрить у них эндокринную патологию. Именно поэтому клиническую картину нервной анорексии должны хорошо знать не только психиатры, но и терапевты, педиатры, эндокринологи и во всех случаях нарастающей потери массы тела самым тщательным образом необходимо собирать анамнез и обследовать больных.
Самоограничение в еде нередко вызывает чрезмерное чувство голода — булимию (волчий голод).
В настоящее время имеется тенденция разграничивать нервную анорексию и нервную булимию как два разных варианта заболевания. Однако многолетнее изучение этой патологии (Коркина М.В., Цивилько М.А. и др.) показало, что это не варианты, а стадии одного заболевания. При этом собственно самоограничение в еде может иметь очень короткий (всего в несколько дней) период и пройти незаметно для окружающих, сменившись затем выраженным булимическим поведением. Иногда встречается и сосуществование нервной анорексии и нервной булимии, когда больные какое-то время резко ограничивают себя в еде, а затем не могут удержаться от поглощения очень большого количества пищи.
С течением времени эти гиперфагии с обязательной последующей искусственно вызываемой рвотой нередко принимают характер навязчивого влечения, часто с гедонистическими пережи-ваниями. К числу других психических нарушений при нервной анорексии (нервной булимии как второй стадии) относятся аффективные колебания, чаще в виде депрессий, реже — эйфории, ипохондрические переживания, в том числе навязчивого характе-

ра, связанные обычно с областью желудочно-кишечного тракта. Значительная потеря массы тела (до 20—50%), как правило, не удовлетворяет больных; самоограничение в еде продолжается, притом нередко с ре1улярным взвешиванием. Течение заболевания обычно длительное (до 7 лет и более), иногда с периодами неполных ремиссий.
Больная Б., 27 лет. Мать властная — «Васса Железнова», отец практически полностью устранился от семейных дел Беременность и роды матери без патологии У больной в первые месяцы жизни отмечались частые срыгивания, с началом самостоятельного питания иногда возникали «пищевые причуды», когда она отказывалась от тех или иных продуктов. С 5—6-летнего возраста питание наладилось Масса тела больной, до этого низкая, начала повышаться, однако не превышала верхней границы возрастной нормы Росла веселой, общительной, оишчно училась, при лом во всем всегда хотела быть первой Менструации с 12 лет Коша ей было 15 лет,

однажды на уроке танцев одна из девочек в присутствии всех громко сказала' «Что это у тебя живот торчит, как у беременной7» Больная очень огорчилась, «еле удержалась от плача» Дома тщательно рассматривала свою фигуру, без конца измеряла талию и бедра сантиметром, сравнивая их с принятыми на конкурсах красоты. Пришла к твердому убеждению, что она «безобразная толстуха» Начала ограничивать себя в пище, постоянно подсчитывала калории съеденного За 2 года потеряла 25 кг, но продолжала ограничивать себя в еде Принимала также большие дозы слабительных и мочегонных средств Исчезли менструации, отмечались постоянные запоры, энтероптоз, гастрит, трофические нарушения, оволосение спины. Мать водила ее по разным специалистам, но в силу диссимуляции больной врачи ставили различные несоответствующие диагнозы Постепенно, испытывая постоянное чувство голода, больная стала «позволять себе есть побольше» с последующим вызыванием искусственной рвоты Затем чувство голода стало невыносимым, возникал «непреодолимый жор», и больная начала периодами (чаше к вечеру или даже ночью) употреблять огромное количество пищи. Могла, например, сразу съесть два батона хлеба, 2 кг колбасы, 0,5 кг сливочного масла, миску щей, большой торт, несколько пачек мороженого и т д с последующей искусственной «полностью очищающей» рвотой Подчас чувство голода становилось таким нестерпимым, что она начинала есть даже неприготовленную еду, например сырое мясо Вначале прибегала к искусственной рвоте раз в день, но затем вызывала рвоту 2—3 раза в день, вновь теряя массу тела. Становилась все более трудной по характеру, в семье раздражалась по пустякам. В то же время с посторонни-ми вела себя по-прежнему Продолжала учиться, окончипа школу и институт (при дважды стационарном и постоянном амбулаторном наблюдении и лечении у психиатра). К 22 годам стала нормально принимать пищу, но в несколько уменьшенных дозах, значительно спокойнее вела себя в семье, периоды «обжорства» исчезли. Восстановились менструации, соматические и трофические нарушения исчезли, нормализовалась масса тела.

31.1.1. Рубрификация в МКБ-10

Нервная анорексия и нервная булимия в целом относятся к разделу «Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами» (F50—F59).

31.2. Этиология, патогенез и патологическая анатомия

Этиология нервной анорексии и следующей за ней нервной булимии изучена недостаточно. По данным многочисленных авторов, они имеют многомерный характер. Большое значение при-дается семейной ситуации (доминирующая роль матери), мре-морбидным особенностям больных, наличию в анамнезе частых заболевании желудочно-кишечного тракта, влиянию микросоциальных факторов. Имеют значение такие черты личности, как аккуратность, упрямство, стремление к самоутверждению, активность, нередко в сочетании с ригидностью и нерешительностью, чрезмерной привязанностью к матери. Значимы психогенные факторы, влияние окружающей микросоциальной среды.

Большую роль играет дисгармонически протекающий пубертатный период.

Патогенез характеризуется сложным взаимовлиянием психических и соматических факторов. Развивающееся истощение и эндокринные нарушения отягощают психическое состояние, и между психогенными и соматогенными патогенетическими механизмами создается нечто вроде циркулярной зависимости.

Патологическая анатомия. Нервная анорексия может привести к смерти, чаще всего внезапной, при наличии большой двигательной и психической активности больных почти до самого ле-тального исхода. По данным разных авторов, летальный исход может наступить в 4—30% случаев. Клинической причиной смерти нередко служит вентрикулярная тахиаритмия. Возможна смерть и от присоединения разнообразных вторичных инфекций.

При вскрытии обнаруживаются отсутствие подкожного жирового слоя, признаки атрофии внутренних органов, отсутствие жирового депо. Печень, поджелудочная железа, селезенка, надпочечники, щитовидная железа уменьшены в размерах. Уменьшена в размерах также матка, слизистая оболочка ее атрофирована, резко уменьшено число фолликулов в яичниках. Характерна также атрофия желез пищеварительного тракта и выраженная атрофия скелетной мускулатуры.

31.3. Диагноз и дифференциальный диагноз

Нервная анорексия может быть самостоятельным заболеванием круга пограничных нервно-психических расстройств пубертатного возраста, одним из проявлений, чаще всего наиболее ранних, шизофренического процесса, начинающегося в подростковом или юношеском возрасте, или особой формой психического расстройства — эндореактивной пубертатной анорексией (Лич-коА.Е.). В виде отдельных рудиментарных проявлений анорексия может встречаться

(наряду с другой типично невротической

или психопатической симптоматикой) при многих так называемых классических формах пограничных нервно-психических заболеваний. Для нервной анорексии как самостоятельного заболевания характерны довольно типичные преморбидные черты личности (преобладание в преморбиде истерических или психастенических особенностей).
Большинство этих больных в детстве отличаются несколько повышенным питанием, однако до подросткового периода насмешливые или критические замечания по этому поводу обычно больных не огорчают. Обидные замечания в подростковом возрасте или неприятности, связанные с несколько повышенной массой тела (например, непоступление в желаемую хореографическую группу и т.д.), вызывают формирование ситуационно-обусловленного убеждения в собственной «уродующей полноте» или «безобразной» величине отдельных частей тела (живота, ног, бедер и др.). Особенностями синдрома у больных этой группы являются сверхценный характер дисморфоманических переживаний, умеренная выраженность аффективных расстройств и рудимен-тарность идей отношения.
В ряде случаев стремление к похуданию было вызвано желанием «походить на идеал» — известных литературных героинь, актрис кино, ограничивающую себя в еде мать. На этих больных особое влияние оказывало микросоциальное окружение, и в целом их убежденность в необходимости коррекции своей внешности была менее стойкой, чем у больных с собственно дисморфо-маническими переживаниями.
Особенностью синдрома нервной анорексии при шизофрении, весьма сходным, особенно на начальных этапах, с таковым у больных пограничной группы, является значительная выражен-ность идей отношения и более заметное снижение настроения, главным образом в виде вялой депрессии. Кроме того, у больных шизофренией нередко отмечается полидисморфомания. У некоторых больных бредовая убежденность в «безобразной полноте» имеет парадоксальный характер: возникает при дефиците (иногда выраженном) массы тела. О шизофрении свидетельствуют также присоединившиеся деперсонализационно-дереализационные пе-реживания, навязчивости, бесплодное мудрствование. Однако перечисленные различия нередко появляются не сразу (особенно при вялом течении процесса). В таких случаях дифференциаль-ный диагноз определенное время может быть весьма затруднен.
Нервную анорексию следует отличать также от естественного желания избавиться от лишнего веса, когда ограничение в еде носит разумный характер, не доходит до истощения и не основано на болезненном представлении образа своего тела.

31.4. Распространенность и прогноз
Распространенность нервной анорексии пока еще точно неизвестна, но, по имеющимся данным, отмечается все большее увеличение числа случаев этого заболевания: один случай заболевания на 200 школьниц в возрасте до 16 лет и один случай на 100 школьниц старше 16 лет, один случай на 50 студенток (Крисп А., РидД.Е. и др.).
По данным многих авторов, особенно часто нервная анорек-сия встречается среди учащихся балетных школ и манекенщиц, а также среди студентов театральных училищ — один случай на 14 учащихся балетных школ и манекенщиц, один на 20 студенток театральных училищ. Заболевают в основном девочки, подростки и молодые девушки. Поданным разных авторов, девочки заболевают в 5—25 раз чаще, чем мальчики, подростки и юноши.
31.5. Лечение и реабилитация
При наличии признаков дистрофии необходимо стационарное лечение. Амбулаторное лечение возможно лишь тогда, когда вторичные соматоэндокринные расстройства не достигают выра-женной степени и не угрожают жизни больных.
Независимо от нозологической принадлежности нервной анорексии прежде всего необходимо провести общеукрепляющее лечение, направленное на улучшение соматического состояния (сердечно-сосудистые средства с одновременным введением достаточного количества жидкости, витаминотерапия). Заметный результат дает применение таких витаминных препаратов, как карнитин и кобамамид. С первых же дней больным необходимо назначать дробное 6—7-разовое питание небольшими порциями с последующим постельным режимом не менее 2 ч. В дальнейшем (при продолжении дробного частого питания) терапия должна проводиться дифференцированно в зависимости от нозологической принадлежности нервной анорексии. При нервной анорексии в виде самостоятельного заболевания круга пограничных расстройств особенно показана психотерапия в различных вариантах в зависимости от преморбидных особенностей больных, а также транквилизаторы и нейролептики с мягким

спектром действия в небольших дозах.
Больным шизофренией с аноректическим синдромом показано лечение, применяемое при этом заболевании. При определении доз препаратов необходимо учитывать массу тела больных и степень выраженности вторичных соматоэндокринных нарушений.
Лечение, начатое в клинических условиях, независимо от нозологической принадлежности нервной анорексии необходимо продолжать амбулаторно.

Реабилитационные меры нужно осуществлять сразу же после выписки больных. Чаще всего (при продолжении амбулаторного лечения) лучший эффект дает как можно более раннее приобщение больных к трудовой деятельности, выработке у них установки на продолжение учебы, приобретение новых трудовых навыков и т.д.

31.6. Экспертиза

В период выраженной потери массы тела больные практически нетрудоспособны, хотя в силу присущей им активности стараются продолжать учебу или работу, выявляя при jtom заметное снижение продуктивности. При склонности заболевания к длительному хронически рецидивирующему течению больные, снижаясь в своей профессиональной деятельности, тем не менее в инвалидности нуждаются далеко не всегда. Перевод на инвалидность требуют только больные с тяжелым течением заболевания и резко выраженными, не дающими обратной динамики психическими и соматоэндокринными нарушениями.

Глава 32. ПСИХОПАТИИ

Психопатии (расстройства личности), наряду с неврозами, являются основными клинико-нозологическими формами пограничной психиатрии.
Под психопатиями понимают стойкую непрогредиентную патологию личности в целом, в результате ее неправильного, искаженного формирования, которая проявляется, главным образом, в эмоционально-волевой сфере и поведении и приводит к нарушению социальной адаптации.
Иногда психопатию упрощенно определяют как аномалию характера. Практически удобна образная характеристика психопатий К.Шнайдера: психопатические личности — это такие ненормальные личности, от ненормальности которых страдают они сами или окружающие.
Психопатия — не болезнь, а патологическое состояние. Ее основой не бывают активные, прогрессирующие болезненные процессы, например шизофрения. Психопатия — продукт аномального развития, созревания личности, обусловленного влиянием неблагоприятных конституционально-биологических, микросоциальных и/или экзогенных факторов.
Термин «психопатия» известен с середины 19-го века. В России его впервые использовал В.М.Бехтерев (1886 г.). Большой вклад в развитие учения о психопатиях внесли выдающиеся отечественные психиатры П.Б.Ганнушкин, О.В.Кербиков. Ганнуш-киным сформулированы кардинальные признаки психопатий, которые позволяют отграничивать психопатии от крайних вариантов характерологической нормы (акцентуаций характера, по К.Леонгарду и А.Е.Личко).
1. Тотальность психопатических качеств. У психопатов патологические черты характера определяют весь психический облик индивида: особенности эмоциональности, волевых качеств, в какой-то степени мышления, мировоззрения, интересов, установок, влечений, и способы поведения. Психопатические качества проявляются везде: в семье, в быту, в служебном коллективе. Последнее положение не безоговорочно. Бывают так называемые «домашние психопаты». В семье такая личность может вести себя как тиран, командует близкими, устраивает скандалы по пустякам, держит их в постоянном страхе и напряжении. На службе это выдержанный, спокойный, неконфликтный, исполнительный работник. Возможна обратная ситуация. В трудовом коллективе человек ведет себя как возбудимый психопат, дома — он уравновешенный, тихий, заботливый муж и отец, находящийся в подчинении ужены.

2. Относительная стабильность, малообратимость психопатических качеств. Впервые проявляясь в детстве, пубертатном, юношеском или молодом возрасте, психопатические свойства сохраняются в течение многих лет, нередко всю оставшуюся жизнь. Вместе с тем их выраженность, качественные особенности могут претерпевать определенные изменения, но в пределах ресурсов психопатической личности. Таким образом, психопатия является стойким, но не застывшим, неизменным патологическим состоянием.
3. Патологические свойства личности у психопатов настолько выражены, что нарушают их социальную адаптацию. Этот признак психопатий — важнейший. Нарушение социальной адаптации проявляется по-разному, в зависимости от клинического варианта и глубины психопатии. Одного психопата микросоциальное окружение отторгает из-за его

конфликтности, неуживчивости, грубости. У другого возникают проблемы на службе и дома из-за неуверенности, неспособности принять быстрое и ясное решение, постоянных сомнений. Существенна такая особенность психопатов, как некритичность к собственным патохарактерологическим особенностям и поведению. Присущие с детства или юности, многолетние патологические свойства личности вопринимаются психопатами как их неогьемлемые, неболезненные психологические особенности. Иногда психопаты формально признают себя людьми с трудным характером, однако во всех своих неудачах обвиняют не себя, а окружающих.

Психопатические свойства, создавая проблемы во взаимоотношениях с окружающими, иногда способствуют, в конечном счете, служебным достижениям. Интеллектуальный уровень, профессиональные способности у части психопатов бывают весьма высокими. Среди творческих, одаренных личностей психопаты — не редкость. Такие психопатические черты, как одержимость, фанатизм, гиперактивность, завышенная самооценка или повышенное чувство ответственности, утрированная педантичность и ряд других свойств порой облегчают путь к профессиональному успеху.

32.1. Клинические варианты и проявления психопатий

Существуют разные систематики клинических вариантов психопатий. Ниже представлена систематика, включающая наиболее признанные, проверенные клинической практикой варианты психопатий. Она во многом основана на систематиках психопатий, предложенных П.Б.Ганнушкиным, О.В.Кербиковым, Г.К.Ушаковым.

Систематика клинических вариантов психопатий

1 Астеническая
2 Психопатия тревожно-мнительного типа
3 Психастеническая
4 Шизоидная
5 Неустойчивая
6 Истерическая
7. Эксплозивная
8. Эпилептоидная
9. Паранойяльная
10. Мозаичные (недифференцированные) психопатии Иногда различают психопатии по степени выраженности па-тохарактерологических свойств: глубокие и относительно неглубокие психопатии.

Астеническая психопатия

Характерна склонность перекладывать ответственность за себя на других и целиком подчиняться интересам того, от кого зависят, пренебрегая собственными желаниями. Себя оценивают как беспомощных, некомпетентных и невыносливых. Им присущ страх быть покинутыми и постоянная потребность в успокоении в этом отношении. Они не переносят одиночества, чувствуют себя опустошенными и беззащитными, когда обрываются связи с тем, от кого зависели. Ответственность за несчастья переносят на других.

Настроение неустойчивое, с преобладанием пессимистических реакций, слезливости Плохо переносят умственное и физическое напряжение, яркий свет, шум, другие раздражители. Боятся и избегают дополнительных нагрузок. Часто без достаточных оснований чувствуют себя усталыми, бессильными. Легко ранимы, повышенно чувствительны к обидам В сложных ситуа-циях занимают пассивно-оборонительное положение По малозначительным поводам ситуационного и биологического характера легко возникают клинически оформленный астенический, астено-депрессивный симптомокомплекс, ипохондрические нарушения. Астенические свойства личности часто сочетаются с астеническим типом телесной конституции, вегетативной лабильностью. Поэтому астенические психопаты склонны к артериальной гипотонии, вегетативным дисфункциям, респираторным инфекциям.

Психопатия тревожно-мнительного типа (сенситивная)

Распознается по постоянному чувству внутреннего напряжения и тревоги; застенчивости и чувству собственной неполноценности, неуверенности в себе, постоянным попыткам понравиться и быть принятым другими; повышенной чувствительности к кри-

тике со стороны; по склонности отказываться вступать во взаимоотношения с окружающими, пока не появится уверенность, что не будут подвергнуты критике; по весьма ограниченному кругу личных привязанностей; тенденции преувеличивать потенциальную опасность и риск

каждодневных ситуации, избегая некоторые из них, что, однако, не достигает устойчивых фобий (навязчивых опасений); по ограниченному образу жизни, позволяющему чувствовать себя в безопасности.
Большая впечатлительность и чувство собственной неполноценности составляют две главные черты. В себе видят множество недостатков и страшатся быть осмеянными и подвергнутыми осуждению. Замкнутость у них чисто внешняя — следствие отгороженности от чужих людей и незнакомых ситуаций. С теми, к кому привыкли и кому доверяют, достаточно общительны. Невыносимой оказывается обстановка, в которой они становятся предметом недоброжелательного внимания окружающих, когда на их репутацию падает тень или они подвергаются несправедливым обвинениям. Склонны к депрессивным реакциям, во время кото-рых могут исподволь и тайком подготавливать самоубийство или оказываются способными на неожиданные отчаянные поступки, ведущие к тяжким последствиям (вплоть до нанесения увечий или убийств обидчиков).
Психастеническая (ананкастическая) психопатия
Характеризуется нерешительностью, постоянными сомнениями; чрезмерной предусмотрительностью в отношении возможно опасного или неприятного для себя хода событий; перфекцио-низмом (т.е. стремлением всегда достигать наивысших результатов, все сделать лучшим образом независимо от маловажности дела); потребностью повторно перепроверять сделанное; крайней озабоченностью в отношении деталей в пустяковых вещах и утратой широкой перспективы; чрезвычайной совестливостью, скрупулезностью, озабоченностью, мешающими испытывать удовольствие; педантизмом и соблюдением условностей с ограниченной способностью выразить теплые чувства, ригидностью и упрямством, настаиванием, чтобы другие подчинялись установленному ими порядку; появлением нежелательных мыслей и побуждений, которые, однако, не достигают степени тяжелой навязчивости; потребностью планировать всякую деятельность наперед в самых незначительных деталях.
Навязчивые мысли, движения, ритуалы, опасения, самими придуманные «приметы» и «запреты» появляются почти постоянно, то усиливаясь, то ослабевая (например, для ответственных случаев всегда надевать одну и ту же одежду, ходить только по одному маршруту, не прикасаться ни к чему черному и т.п). Педан-

тизм, желание все заранее предусмотреть и запланировать в малейших деталях, мелочное соблюдение правил служат гиперкомпенсацией при постоянном опасении за будущее —свое и своих близких. Утрированными могут оказаться и другие компенсаторные механизмы: нерешительность при уже принятом решении оборачивается нетерпеливостью, застенчивость — неожиданной и ненужной безапелляционностью. Данный тип психопатии обычно проявляется со школьных лет, но усиливается, когда начинают жить самостоятельно и надо отвечать и за себя, и за других.
Шизоидная психопатия
Характеризуется следующими чертами личности: неспособностью переживать наслаждение (ангедония); эмоциональной холодностью и неспособностью выразить теплые или неприяз-ненные чувства к другим; слабой реакцией на похвалу и порицания; малым интересом к сексуальному общению с другими; склонностью к фантазированию про себя (аутистическое фантазирование) и к интроспекции (погружение во внутренний мир); недостатком тесных доверительных контактов с другими; затруднением в понимании и усвоении общепринятых норм поведения, что проявляется эксцентричными поступками.
Наиболее яркой чертой характера служит замкнутость и необщительность (с детства предпочитали играть одни). Часто живут своими необычными интересами и увлечениями, в области которых могут достигать успехов (уникальные сведения в какой-либо узкой отрасли, глубокий интерес к философским и религиозным вопросам, необычные коллекции и др.). Увлечения и фантазии заполняют внутренний мир, почти всегда закрытый для других. Фантазии предназначены для самих себя и бывают честолюбивыми или эротическими (при внешней асексуальности). Эмоциаль-ная сдержанность выглядит как холодность, хотя внутренние пе-реживания могут быть сильными и глубокими. Трудно устанавливать неформальные эмоциональные контакты. Недостаток интуиции проявляется неумением понять чужие желания, опасения, переживания. Склонны к нонконформизму — не любят поступать «как все» Тяжело переносят ситуации, где надо быстро и без разбора устанавливать неформальные контакты, а также насильственное вторжение посторонних в свой внутренний мир
Неустойчивая психопатия

Распознается по следующим признакам: пренебрежение чувствами других и недостаток эмпатии — способности проникновения в их переживания; безответственность и игнорирование социальных норм, правил и обязанностей; неспособность поддерживать устойчивые отношения с другими; низкая толерантность к фрустрации (невозможность получить желаемое); легкость агрес-

сивных вспышек, включая жестокость, отсутствие чувства вины и неумение извлекать опыт из прошлого, в особенности из наказаний; склонность во всем обвинять других и жаловаться на неудачи, постоянная раздражительность.

Главной чертой является постоянная жажда легких развлечений и наслаждении, праздного образа жизни с уклонением ото всякого труда, учебы, выполнения любых обязанностей, как общественных, так и семейных С подросткового возраста тянутся к асоциальным компаниям, алкоголю, наркотикам. Сексуальная жизнь служит лишь источником для наслаждений. Не способны ни влюбляться, ни привязываться к близким и друзьям К своему будущему равнодушны — живут настоящим. Слабовольны и трусливы — от любых трудностей и неприятностей стараются убежать. Одиночество переносят плохо — неспособны сами чем-нибудь занять себя. Пагубной оказывается ситуация безнадзорности, отсутствия опеки и строгого контроля.

Истерическая психопатия

Может быть диагностирована при наличии склонности к самодраматизации, театральности поведения, преувеличенном выражении эмоций, внушаемости и самовнушаемости, легкой податливости влиянию других; поверхностной и лабильной эффективности; эгоцентричности со стремлением себе все прощать и не считаться с интересами других; постоянном желании быть оцененным и легкой уязвимости; жажде ситуаций, где можно быть в центре внимания окружения; манипулятивном поведении (любые подтасовки), чтобы добиться своих целей.

Среди перечисленных черт характера наиболее яркой является постоянное желание быть в центре внимания окружения, де-монстративность, претенциозность. С этой целью даже прибегают к спектаклям, изображающим суицидальные попытки. Внушаемость, нередко весьма подчеркиваемая, на самом деле весьма избирательна: внушить можно лишь то, что не противоречит эгоцентрическим устремлениям. Зато высок уровень притязаний: претендуют на гораздо большее, чем позволяют способности и возможности.

Истерические психопаты особенно чувствительны к ситуациям, представляющим их в невыгодном свете, ущемляющим честь и достоинство, к сексуальным коллизиям. У этих личностей легко возникают истероневротические нарушения: ощущения кома в горле, внутреннего дрожания, «ватности» в ногах, явления афонии Реже бывают более грубые истерические стигмы, вплоть до парезов, параличей, блефароспазма Под влиянием тяжелых психических травм могут развиваться истерические психозы — сумеречные состояния сознания, псевдодеменция.

Эксплозивная (возбудимая) психопатия

Главные проявления — чрезмерная возбудимость, импульсивность, взрывчатость, конфликтность, вплоть до злобности и агрессивности.

Эксплозивные психопаты вступают в конфликты с окружающими по самым незначительным поводам, не считаясь с ситуацией, часто во вред себе. Плохо контролируют поведение. В ссорах быстро переходят на крик, брань, могут устроить драку, не соразмеряя собственные силы и физические возможности соперника. На работе вступают в открытые конфликты и не только с подчиненными, но и с начальством, из-за чего медленно продвигаются или не продвигаются по службе. Наживают себе множество врагов. Членов семьи часто держат в страхе. С домашними прибегают к рукоприкладству, подвергают телесным наказаниям детей.

Настроение изменчивое. Без видимой причины оно временами приобретает дисфорическую окраску, в связи с чем изыскивается любой повод для ссоры. Эксплозивные реакции интенсивные, но обычно короткие. После очередного конфликта наступает временная эмоциональная разрядка. Устойчивые дружеские связи устанавливают с трудом. Окружающие сторонятся их, опасаясь ссор и оскорблений. Психопаты этого типа крайне болезненно переносят эмоциональное отвержение и любые стрессы. Бывают склонны к импульсивным самоповреждениям и суицидам.

Речь и движения обычно быстрые. Легко выполняют работы, не требующие больших временных затрат, но труд, требующий длительной концентрации внимания, усидчивости, переносят плохо.

При неврологическом обследовании часто выявляются признаки ранней церебрально-органической недостаточности.

Эпилептоидная психопатия

Отличается тем, что, кроме эксплозивности (склонности к безудержным аффективным реакциям с агрессией и аутоагрессией), периодически возникают состояния дисфории — мрачно-злобного настроения, во время которого больные ищут, на чем бы сорвать накопившееся зло. Дисфории длятся от нескольких часов до нескольких дней. Бурным аффективным реакциям обычно предшествует постепенное закипание сперва подавляемого раздражения. В аффекте, во время драк звереют — способны наносить тяжкие повреждения. Иногда выявляются нарушения влечений, чаще всего садисте ко-мазохистские склонности. Получают удовольствие, мучая, изощренно издеваясь или жестоко избивая слабых, беззащитных, зависимых от них, неспособных дать отпор Нередко еще с детства любят истязать и убивать животных.

Но могут получать чувственное наслаждение, причиняя боль себе порезами, ожогами от горящих сигарет. Алкогольные опьянения чаще бывают по дисфорическому типу. Напиваться любят до бесчувствия Суицидальные попытки могут быть как демонстративными с целью кого-то шантажировать ими, так и во время дисфории с действительным намерением покончить с собой

Склонность к эксплозивным реакциям и дисфориям у эпи-лептоидных психопатов часто сочетается с общей психической ригидностью, конкретными проявлениями которой являются обстоятельность мышления, утрированные педантизм и аккуратность, гипертрофированные обязательность и исполнительность, мелочность, придирчивость, а также злопамяшость. С подчиненными и домашними бывают жестокими тиранами. С начальством нередко льстивы и угодливы, умеют заставлять подчиненных выполнять распоряжения руководства любой ценой, все дела содержат в идеальном порядке Поэтому порой успешно продвигаются по служебной лестнице.

Паранойяльная психопатия

Ее признаками считаются чрезмерная чувствительность больных к неудовлетворению своих притязаний; злопамятность, не позволяющая прощать оскорбления, обиды и нанесение ущерба; подозрительность и стремление искажать нейтральные или дружеские действия других, представляя их как зловредные и проявления пренебрежения; воинственное, сопровождающееся угрозами отстаивание своих прав в каждой ситуации; склонность к патологической ревности; чрезмерная самоуверенность, ощущение собственной важности; поглощенность мыслями, что все находятся в заговоре против них.

Важнейшей чертой этого типа является убежденность в своем превосходстве над окружающими, уверенность в первостепенной важности того, чем они заняты, и того, что они сделали Поэтому малейшее усовершенствование, сделанное ими, представляется выдающимся изобретением, а выявление распространенных нарушений и даже недочетов — потрясающими разоблачениями, их формальные требования — высокопринципиальными. Они всегда претендуют на исключительное положение, на то, чтобы все делалось так, как они считают нужным Претендуя на лидерство, обычно сплачивают вокруг себя людей недалеких и недовольных своим положением. Не получая признания своих «выдающихся» качеств и деяний, удовлетворения своих притязаний и требований, озлобляются, всюду видят врагов и завистников, злонамеренные козни против них. Начинают изощренно и даже жестоко преследовать своих мнимых врагов и действительных противников, считая, что те преследуют их («преследуемые преследователи»).

У паранойяльных психопатов в возрасте 30-40 лет (в период социальной зрелости) часто формируется устойчивый комплекс сверхценных идей ревности, преследования, сутяжничества, изобретательства, переоценки собственной значимости, которые могут постепенно трансформироваться в систематизированный бред (паранойю).

Борьба за удовлетворение своих притязаний и наказание обидчиков становится главным делом жизни, самоцелью, своего рода профессией. Параноики часто испытывают удовлетворение от этой деятельности. Фон настроения у них нередко гипертим-ный Сверхценные и паранойяльные идеи сохраняются в течение многих последующих лет и постепенно нивелируются лишь в старости.

Склонность к образованию сверхценных идей и паранойяльному бредообразованию — важнейшая характеристика паранойяльной психопатии.

При смешанных (недифференцированных) психопатиях сочетаются проявления разных

клинических вариантов патологии личности: например, сосуществуют истерические, тревожно-мнительные и шизоидные черты Выделить доминирующие пато-характерологические особенности не удается.

32.2. Динамика психопатий

Формирование психопатий происходит в детском, подростковом, юношеском возрасте (до 20—25 лет), совпадая с периодом становления характера и созревания личности. Формирование личности завершается к 23—25 годам, однако основные характерологические свойства, «ядро» личности определяются к 17—20-летнему возрасту.

Нередко первые психопатические проявления возникают еще в детском возрасте, дошкольном и особенно младшем школьном, в связи с резким изменением жизненного стереотипа. Еще чаще психопатические нарушения впервые обнаруживаются в период пубертатного криза.

Достаточно часто первые отчетливые клинические признаки психопатий вознакают в 17—20 лет, чему способствуют сложные жизненные ситуации (начало трудовой деятельности, воинская служба, вступление в брак и т.д.).

Хронический эмоциональный стресс, острые психические травмы исключительной тяжести могут привести к патохаракте-рологическим изменениям и в более старшем возрасте (в рамках патологического развития личности). Однако эти патохарактерологические изменения обычно недостаточно глубоки для диагностики психопатии.

Психопатическая структура личности формируется постепенно. Обычно в течение нескольких лет патохарактерологичес-кие проявления парциальны, изменчивы, преходящи. Этот период квалифицируют как препсихопатическое состояние. Лишь после того, как патохарактерологические изменения приобретают большую выраженность, синдромальную завершенность, стабильность, появляются основания для диагностики собственно психопатии.

Выраженность и качественные особенности психопатических свойств не бывают постоянными, неизменными на протяжении всей жизни. Различают несколько вариантов динамики психопатий.

Декомпенсация — заострение психопатических черт, сопровождаемое обычно нарушениями поведения и социальной дезадаптацией. Наступает чаще под действием неблагоприятных факторов среды, однако обычно вполне переносимых здоровыми личностями. Иногда же декомпенсации возникают без видимых причин — в силу эндогенных механизмов, например после дисфории при эпилептоидной психопатии.

У женщин тяжелая декомпенсация психопатий, особенно истерической, часто возникает в период климакса

Психопаты часто сами создают стрессовую ситуацию, патологически на нее реагируют и выходят из этой ситуации еще более психопатизированными личностями («психопатические циклы», по О.В. Кербикову).

Компенсация — временное смягчение психопатических особенностей за счет изменения «микросреды» (семейной, трудовой) на такую, где эти особенности не мешают наилучшим образом приспособиться (например, уединенный образ жизни с возможностью целиком отдаться излюбленному увлечению или интересам при шизоидном расстройстве личности).

Реже компенсация осуществляется за счет активной выработки механизмов психологической защиты, образа жизни, манеры поведения, порой контрастных психопатическим чертам и затушевывающих эти черты. Однако в трудных ситуациях эти механизмы оказываются недо-статочными и истинные психопатические особенности вновь выступают.

Психогенные расстройства у психопатов в целом развиваются чаще и легче, чем у достаточно гармоничных и акцентуированных личностей, причем их возникновение нередко связано с малоактуальными ситуациями

Возможно развитие реактивных психозов. Однако особенно часто возникают невротические реакции, затяжные и хронические неврозы.

В большинстве случаев клиническая форма психогенных расстройств соответствует клиническому типу психопатии. Так, у психопатов-психастеников и тревожно-мнительных психопатов предпочтительно развивается обсессивно-фобический невроз, у истерических психопатов — истерический невроз, у возбудимых и астенических — неврастения и т.д. У психопатов разных типов возникает психогенная депрессия, преимущественно невротическая, так как депрессия — наиболее универсальная форма реагирования на эмоциональный стресс.

Депсихопатизация (по Ю.В.Попову) — стойкое сглаживание психопатических черт характера с многолетней компенсацией. Обыденные жизненные трудности и повседневные стрессы пере-

носятся удовлетворительно. Тип характера остается прежним, но не препятствует социальной адаптации. Наступает в благоприятных условиях, особенно при наличии гармоничной семьи, приблизительно в 15% случаев.

Постепенное нивелирование психопатических проявлений нередко происходит в старости под влиянием сосудисто-возрастных изменений. Ему предшествует заострение психопатических черт в предстарческом возрасте (Семке В.Я.).

32.3. Рубрификация вМКБ-10

Психопатии представлены в разделе «Расстройства личности и поведения в зрелом возрасте». Каждый клинический вариант психопатий соответствует определенной рубрике раздела. Так, астеническая психопатия кодируется как «Расстройство типа зависимой личности», психастеническая психопатия — как «Ананка-стное расстройство личности», а паранойяльная психопатия соответствует рубрике «Параноидное (параноическое) расстройство личности».

32.4. Этиология и патогенез

Выделяют три разные в этиопатогенетическом отношении группы психопатий:

I. Конституциональные («ядерные») психопатии.

Обусловлены генетическими факторами. Обычно у кого-то из родителей, сиблингов или других кровных родственников удается выявить сходные психопатические черты. Предполагается, что психопатические качества передаются от матери к сыну, от отца к дочери. Конкретные механизмы наследования не установлены.

Для конституциональных психопатий характерны раннее, в детском возрасте появление патохарактерологических свойств, часто вне связи с неблагоприятными ситуационными влияниями, а также особая глубина и стабильность психопатических черт.

К конституциональной группе относятся почти все случаи шизоидной и паранойяльной психопатий.

2. Органические психопатии являются результатом патологического формирования личности, обусловленного ранней церебрально-органической недостаточностью, которая связана с внутриутробными, перинатальными и постнатальными нейроинфек-циями, нейроинтоксикациями и черепно-мозговыми травмами.

Органическое происхождение чаще, чем другие типы психопатии, имеют возбудимый, истерический, неустойчивый варианты патологии характера.

3. Нажитые («краевые») психопатии обусловлены, в первую очередь, длительными, неблагоприятными микросоциальными влияниями в детстве и отрочестве Имеют значение неполный дом, конфликты между родителями, неблагополучная обстановка в коллективе сверстников Однако особенно велика роль неправильного воспитания В разных исследованиях (Гиндикин В Я , Личко А Е.) было показано, что различные варианты неправиль-ного воспитания способствуют формированию разных патохарак-терологических изменений. Например, эмоциональное отвержение (воспитание по типу «Золушка») может стать источником астенических черт характера, воспитание по типу «Кумир семьи»— истерических Гиперопека облегчает возникновение психастенических качеств, а гипоопека, безнадзорность — возбудимых.

Нажитые психопатии отличаются от конституциональных более медленным формированием, меньшей глубиной и стойкостью проявлении.

Во многих случаях прямое отнесение психопатии к конституциональной, органической группам или к группе нажитых психопатий было бы искусственным Очень часто психопатии форми-руются под влиянием целой констелляции разных биологических и ситуационных вредностей. Согласно представлениям П Б.Ганнушкина, Г.К Ушакова основой психопатий является недостаточная зрелость личности, парциальный психический инфантилизм

32.5. Дифференциальный диагноз

При расстройствах личности дифференциальный диагноз проводится в основном в двух направлениях — с психопатическими (патохарактерологическими) реакциями, т.е. преходящими ситуационно обусловленными нарушениями поведения, и с пси-хопатоподобными картинами при психических болезнях, главным образом при шизофрении. Отличие от психопатических реакций проводится на основании критериев Ганнушкина—Керби-кова, причем стабильность патологического характера и его то-

тальность (проявление в разнообразных ситуациях) особенно важны. Отличия от психопатоподобных картин при шизофрении описаны в главе 25.

Важно отметить, что патохарактерологические провления, начинающиеся в детстве и

отрочестве, после завершения пубертатного криза нередко сглаживаются, личность становится относительно гармоничной. Поэтому психопатии впервые диагностируются чаще всего в юношеском или более старшем возрасте.

32.6. Распространенность

Сведения о частоте психопатий весьма различны: по отечественным данным, в популяции их от 3 до 50 человек на 1000 населения. За рубежом приводятся более высокие показатели распространенности психопатий (расстройств личности): 60 и даже 135 человек на 1000 общего населения. Многие психопатические личности не попадают в поле зрения психиатров. Среди мужчин психопаты встречаются в 2—3 раза чаще, чем среди женщин. Наиболее распространенными типами психопатий являются истерический, возбудимый и тормозимые (астенический, психастенический, тревожно-мнительный).

32.7. Прогноз

При психопатиях прогноз зависит от их тяжести и социального окружения. При длительных и почти непрекращающихся декомпенсациях, несмотря на улучшение условий жизни («глубокие психопатии» по Б.В.Шостаковичу), социальный прогноз неблагоприятен: паразитический образ жизни, пьянство, употребление наркотиков, преступления, нередко тяжкие, приводят к деградации личности. Если декомпенсации вызваны действительными психическими травмами и непродолжительны, то больше надежды на возможность депсихопатизации со временем. При расстройствах личности также высок риск суицидов.

32.8. Лечение и реабилитация

Лекарственное лечение требуется во время декомпенсаций, а при глубоких психопатиях почти постоянно в виде поддерживающей терапии. При неустойчивой психопатии показаны «корректоры поведения» — неулептил, сонапакс. При возбудимой психопатии прибегают к реланиуму, аминазину, тизерцину, при дисфориях — к финлепсину. При психастенической психопатии используют феназепам или малые дозы галоперидола, при тревожной — тазепам, феназепам, хлорпротиксен. Декомпенсации при истерической психопатии рекомендуется купировать аминазином, а при шизоидной психопатии — малыми дозами трифтазина или рисперидона.

Психотерапия должна варьировать в зависимости от типа расстройства личности Но всегда начинают с индивидуальной психотерапии — преимущественно рациональной (разъясняющей, дискуссионной). Гипноз и другие суггестивные (основанные на внушении) методы наиболее действенны при истерической психопатии, но эффективность их обычно непродолжительна. Вслед за индивидуальной психотерапией переходят к семейной и групповой. Целью семейной психотерапии является нормализация внутрисемейных отношений, поиск компромиссов, взаимопонимания, правильной оценки мотивов поведения друг другом. Групповая психотерапия ставит различные задачи — обучение контактам при тревожном и шизоидном типах психопатий, коррекция поведения и др.

Реабилитация прежде всего включает рациональное трудоустройство. Трудоспособность при расстройствах личности сохранена: определение инвалидности нерационально даже при глубоких психопатиях — оно может только способствовать паразитическому образу жизни.

Показанием для неотложной госпитализации в психиатрическую больницу без согласия пациента служат психозы, развивающиеся на высоте декомпенсаций (сумеречные состояния при истерической психопатии, тяжелые дисфории и патологические аффекты при эксплозивной и эпилептоидной психопатии, бредовые психозы при паранойяльной), а также состояния, во время которых пациенты становятся опасными для окружающих (склонность к агрессии) или для самих себя (суицидальные намерения, самокалечение).

32.9. Экспертиза

Судебно-психиатрическая экспертиза довольно часто назначается при расстройствах личности в связи с высокой криминоген-ностью и тем, что во время свершения правонарушений данные субъекты могут производить на окружающих впечатление «ненормальных». Но способность отдавать себе отчет в своих действиях и руководить ими, как правило, сохраняется, поэтому психопаты признаются вменяемыми. Исключение составляют общественно опасные действия, совершенные во время психозов, возникших на высоте декомпенсаций: например, убийство мнимых преследователей по бредовым мотивам при паранойяльной психопатии, осложнившейся бредовым психозом, разрушительные действия во время тяжелых дисфории.

С 80-х годов получила распространение комплексная психолого-психиатрическая экспертиза, которая дает оценку психического состояния во время совершения преступления (например, убийство из страха при самообороне, нанесение тяжких повреж-

дений обидчику и т п), которую суд может признать как смягчающее обстоятельство
Дееспособность при психопатиях, как правило, сохранена При истерической психопатии следует с осторожностью относиться к выдвигаемым обвинениям и свидетельским показаниям из-за склонности подобных субъектов к оговорам, фантазиям и мистификациям
Военная экспертиза Тяжелые психопаты с частыми декомпенсациями признаются ограниченно годными к военной службе Лица с психопатическими свойствами средней и легкой степени выраженности, находящиеся в состоянии стойкой компенсации, годны к военной службе с ограничениями

Глава 33. ПСИХОСЕКСУАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА

Психосексуальные расстройства — сборная группа нарушений сексуального поведения, которая включает как извращение полового влечения в отношении его объекта (лица того же пола, животные, дети) или способа его удовлетворения (онанизм, петтинг, фроттеризм и др), так и некоторые нарушения сексуальною функционирования при нормальном влечении (психогенная импотенция, вагинизм, фригидность) Некоторые из этих расстройств, проявляющихся извращенным влечением, раньше называли сексуальными, или половыми, психопатиями Такое название неючно, так как при сексуальных перверсиях (половые извращения) изменения характера и нарушения социальной адашации могут бьпь избирательными и касаться только сексуальною поведения
Сексуальные перверсии разделяют на иыинные и ложные При истинных перверсиях извращенное влечение является едины всн-но приемлемым или наиболее предпочитаемым способом удовлетворения Истинные перверсии чаще бывают врожденными и проявляются с первым пробуждением полового влечения При ложных перверсиях наряду с извращенным вполне возможно и даже может быть предпочитаемо нормальное половое функционирование Ложные перверсии всегда приобретенные, они возникают и могут упрочиваться в течение полонои жизни Однако четкую грань между истинными и ложными перверсиями удается провести далеко не при всех видах половых извращении
Сексуальные девиации отличаются от перверсии тем, что представляют собой непатологические отклонения от общепринятых норм полового поведения Часть из них могут внешне выглядеть как перверсии, но они всегда бывают ситуативно обусловлены (отсутствие объекта для нормального влечения) или преходящими (транзиторными) в периоды гиперсексуальности Однако в неблагоприятных условиях, становясь дурной привычкой, сексуальные девиации могут упрочиваться и постоянно сочетаться с нормальным половым функционированием или возобновляться всякий раз при вынужденном перерыве нормальной половой жизни, те сексуальные девиации превращаются в ложные перверсии
Симптоматические перверсии развиваются как одно из проявлении различных психических расстройств шизофрении, маниакально-депрессивного психоза, эпилепсии и др

33.1. Клинические проявления 33.1.1. Сексуальные девиации

Онанизм^ правильнее называть мастурбацией Половое возбуждение и оргазм достигаются механическим раздражением
Онона — библейский персонаж, не желавший иметь детей и извергавший сперму на землю поэтому скорее речь здесь шла о прерванном половом сношении — coitus interruptus

половых органов рукой, трением о белье и т.д. Мастурбация обычно сочетается с сексуальными фантазиями. Считается, что в период полового созревания до начала половой жизни около 80% подростков мужского пола занимаются мастурбацией, причем часть из них совместной или взаимной (не тайком в одиночку, а со сверстниками).
Патологической мастурбация признается только в случае чрезмерной интенсивности (более одного раза в день) или когда она предпочитается возможным половым сношениям, т.е. становится перверсией, или когда мастурбирует особо изощренными способами (например, вводя инородные тела в задний проход или в уретру).
Петтинг (от англ. pet — предаваться ласкам, обнимать) — удовлетворение полового влечения путем поцелуев, соприкосновения гениталий с совместным трением до оргазма. Нередко используется подростками и молодежью при внебрачных контактах, чтобы не разрушать девственную плеву.
Фроттеризм (от франц. frotter — тереть) — достижение полового возбуждения и оргазма путем трения о тело другого, обычно незаметно для последнего — в тесноте и давке, например в транспорте. Если становится пагубной привычкой и сосуществует наряду с нормальной половой активностью, то может рассматриваться как ложная перверсия.

Ранняя половая жизнь может считаться девиацией только, если начинается до того, как наступила достаточная половая и физическая зрелость. У девочек об этом свидетельствуют регулярные месячные, возможность нормальной беременности, замедление темпа роста тела. У мальчиков о том же говорит появление растительности на лице и груди, ее обильный рост в подмышечных впадинах и резкое замедление темпа роста тела. Среди наций, живущих в умеренном климате, в наше время подобное созревание обычно наступает в 15—16 лет у девочек и в 16—17 лет у юношей. Половая жизнь при достаточной физической зрелости, но до юридического совершеннолетия (в России — 18 лет) не является сексуальной девиацией, а может рассматриваться лишь как нежелательное социальное явление.
Промискуитет — непрерывная смена половых партнеров. Может превратиться в постоянную потребность, особенно если начинается с подросткового возраста. В этих случаях неспособность удовлетвориться постоянной половой связью препятствует созданию прочной семьи. Промискуитет начинает соответствовать критериям ложной перверсии.
Групповой секс — половое сношение, в котором участвуют одновременно трое и более активных участников. Нередко сочета-

ется с другими девиациями и перверсиями. Если сам по себе становится необходимым условием получения сексуального удовлетворения, то может рассматриваться как ложная перверсия.
Транзиторный подростковый гомосексуализм особенно часто встречается в закрытых воспитательных учреждениях для подростков одного пола. Обусловлен малой дифференцированностью полового влечения в этом возрасте. Около 10% подростков проходит через этап гомосексуальной влюбленности. Проявляется взаимной мастурбацией, петтингом, минетом (сосание полового члена у мальчиков, лизание гениталий у девочек). У подростков мужского пола практикуется также введение полового члена в задний проход. Однако объект другого пола всегда остается более привлекательным. Минет может также служить способом утверждения власти одного подростка над другим.
Гиперсексуальность — чрезмерное повышение сексуального влечения с потребностью неоднократных половых сношений в течение суток. У мужчин этот феномен называют сатириазисом (Сатир — мифическое существо, отличающееся похотливостью), у женщин — нимфоманией [нимфы — мифические вещества, олицетворяющие силы природы — леса (дриады), моря (нереиды), реки (наяды)]. Иногда бывает следствием органического поражения гипоталамической области мозга.
Эротомания (Эрос — бог любви) отличается от гиперсексуальности тем, что секс занимает всю духовную жизнь, становится ведущей целью и смыслом, не оставляя места другим развлечениям, интересам, обязанностям. Сексуальная потенция при этом может быть невысокой.

33.1.2. Невротические психосексуальные расстройства

У мужчин к подобным расстройствам относятся психогенная импотенция и преждевременное извержение спермы при половом сношении (ejaculatio praecox), у женщин — фригидность и вагинизм.
Психогенная импотенция — слабая или кратковременная эрекция или ее полное отсутствие при половых сношениях с вызывающей влечение партнершей. Необходимо исключить какое-либо заболевание половых или мочевых органов, гормональную недостаточность или органическое поражение нервной системы. Причиной могут быть сильное волнение, стыдливость, переутомление, половые излишества и другие психогенные факторы.
Эякуляторная импотенция (аноргазмия) — встречается относительно редко: при сохранной эрекции и длительном половом сношении не удается достичь оргазма и эякуляции.
Преждевременная эякуляция — извержение спермы в начале полового сношения, иногда даже когда половой член еще не вве-

ден во влагалище. Нормально эякуляция наступает не ранее чем через минуту от начала сношения и после не менее 20 фрикций (от лат. frico — тереть), чаще же требуется 30—60 фрикций.
Фригидность (от лат. frigidus — холодный) — неспособность женщины достигать оргазма, несмотря на привлекательность партнера и достаточное число фрикций во время полового акта. Конституциональная фригидность при хорошем здоровье и половом развитии, способности к деторождению встречается у около 10% женщин. Ретардационная фригидность бывает следствием задержанного сексуального развития. В этих случаях оргазмы появляются лишь с 22—

25-летнего возраста, иногда после нескольких лет половой жизни. Психогенная фригидность обусловлена безразличием или неприязнью к данному половому партнеру. Фригидность может быть также вызвана переутомлением или недосыпанием при кормлении грудного ребенка. Необходимо исключить гинекологические заболевания, гормональные нарушения, органические поражения нервной системы (симптоматическая фригидность).

Вагинизм — непроизвольное судорожное сокращение мышц влагалища и тазового дна при введении полового члена или даже при прикосновении к половым органам. Причиной бывает страх полового сношения или испытанная при нем боль (например, при дефлорации). Может быть проявлением как истерического, так и обсессивного невроза. В первом случае свидетельствует о подсознательном отказе от половой жизни с данным партнером. После родов обычно проходит.

33.1.3. Истинные и ложные перверсии (парафилии)

Гомосексуализм — половое влечение к лицам своего же пола в США и многих других странах перверсией не считается, а рассматривается как вполне допустимая девиация. В МКБ-9 гомосексуализм еще сохранялся в числе психических расстройств, но из МКБ-10 исключен. Среди мужчин встречается гораздо чаще, чем среди женщин. У последних он носит название лесбиянства (от греч. острова Лесбос, где в древности жила поэтесса Сафо, которую считали склонной к гомосексуализму).

Истинный гомосексуализм начинает проявляться с момента пробуждения полового влечения в предподростковом или подростковом возрасте. Сверстники другого пола никакого влечения не вызывают. Сама мысль о сексуальном контакте с ними может вызывать неодолимое отвращение. Сексуальные фантазии, сновидения во время поллюций, платоническая влюбленность связаны только со своим полом. Начинают активно выискивать ситуации, где можно увидеть обнаженные гениталии представителей своего

пола (общественные туалеты, бани т.д.), ищут сексуальных контактов с ними.

Гомосексуалистов принято разделять на активных (играющие мужскую роль) и пассивных (женская роль). У мужчин пассивная роль сочетается с женственностью манер, склонностью прибегав к косметике, иногда переодеваться в женское платье и белье, они предпочитают женские профессии и занятия. Активным лесбиянкам присущи мужские манеры, властность, предпочтение мужских профессий и занятий. Активным гомосексуалистам-мужчинам женственность несвойственна, наоборот, она может вызывать неприязнь у партнеров. Они нередко вступают в гетеросексуальный брак в надежде «исправиться» или с целью скрыть свои гомосексуальные склонности от окружающих. Влечения к супруге не испытывают, во время сношений возбуждают себя гомосексуальными фантазиями, но у них могут быть дети. Среди мужчин-гомосексуалистов чаще всего встречаются промежуточные типы: в зависимости от ситуации они способны играть то активную, то пассивную роль.

Мужеподобный склад девочек и женщин и женоподобный у мальчиков и мужчин сами по себе не свидетельствуют о гомосексуальных склонностях — скорее они создают лишь повышенный риск их появления.

Лишь часть гомосексуалов субъективно страдает от своей аномалии, хотели бы от нее избавиться, ищут помощи у врачей («эго-дистонический гомосексуализм» американских авторов). У некоторых подобные переживания охватывают лишь определенный период в юности. Но многие не испытывают какого-либо дискомфорта от влечения, не мыслят себя в иной роли. Страдают же они от отношения к ним окружающих.

Ложный гомосексуализм встречается чаще истинного, сочетается с гетеросексуальным влечением (бисексуализм). Гомосексуальные склонности могут появиться вследствие совращения в подростковом возрасте или длительного пребывания в замкнутых однополых коллективах (матросы в плавании, заключенные, воспитанники некоторых интернатов и т.д.). В этих случаях гомосексуальные и гетеросексуальные фантазии и сновидения чередуются.

Трансвестизм (от древнегреч. vestis — одежда) — патологическое стойкое стремление носить одежду и прическу противоположного пола и играть его роль. Может сочетаться с пассивным гомосексуализмом у мужчин или с активным у женщин, но может быть изолированным нарушением, когда гомосексуальных контактов не ищут. Истинный трансвестизм проявляется с детства: мальчики облачаются в одежду и белье девочек, а девочки носят

мужские костюмы, предпочитают мальчишеские игры. Истинный трансвестизм чаще встречается у женщин. Получают наслаждение, когда незнакомые принимают их за

представителей другого пола.
Ложный или фетишистский трансвестизм — переодевание в одежду и особенно в белье другого пола для мастурбации. После достижения оргазма эту одежду отбрасывают. При посторонних ее не носят. Этот вид трансвестизма чаще бывает у мужчин.
Транссексуализм — с детства пробуждающееся и на всю жизнь сохраняющееся страстное желание переменить свой пол. Считают себя представителями другого пола (нарушение половой ин-дентификации). Настойчиво добиваются хирургических операций (мужчины — ампутации полового члена и яичек, женщины — грудных желез и кожной пластики в виде полового члена), а также постоянного введения гормонов другого пола, чтобы изменить внешность. После подобной хирургической и гормональной коррекции успокаиваются, добиваются смены паспортного пола и нередко неплохо социально адаптируются.
Фетишизм — потребность в определенной вещи (предметы одежды, белье, обувь, волосы противоположного пола и т.д.), которую прикладывают к половым органам или созерцают перед половым сношением или мастурбацией. Может относиться к ложным перверсиям, когда нормальная половая жизнь возможна без фетиша, но чаще без него невозможно половое возбуждение. Как правило, встречается у мужчин. Склонны воровать вещи, служащие фетишами (чужое женское грязное белье, чулки, носки, хотя бы примеренная обувь и т.д.).
Эксгибиционизм (от лат. exhibito — выставлять напоказ) встречается у мужчин. Удовлетворение получают от того, что неожиданно показывают незнакомой женщине (в укромном месте или под окном) обнаженный половой член, обычно эрегированный. Особое наслаждение вызывает испуг на лице женщины. Оргазм может наступить сам по себе или с помощью мастурбации.
В одних случаях начинает проявляться с полового созревания, в других — лишь в зрелом возрасте. Хотя обычно сочетается с нормальной половой жизнью, тем не менее нередко отличается неодолимостью: удовлетворение от подобного акта несравненно сильнее, чем от нормального сношения. По-видимому, в этих случаях можно эксгибиционизм отнести к истинным перверсиям.
Вуайеризм (от фр. voyeur — зритель) — влечение к разглядыванию чужих половых органов и особенно к подсматриванию за половым сношением между другими. Как транзиторное явление встречается у детей и младших подростков. В более старшем возрасте бывает относительно редко: подглядывание обычно соче-

тается с мастурбацией. Вполне возможно остается нормальная половая жизнь.
Педофилия (от древнегреч. paides —дети, phileo — любить) — половое влечение к детям. Встречается у подростков мужского пола с легкой дебильностью или с задержкой сексуального развития, у некоторых женатых мужчин — при дисгармонии половой жизни с супругой, но особенно у пожилых со слабеющей потенцией. Обычно является ложной перверсией. Истинная перверсия (описание ее дано в романе В. Набокова «Лолита») встречается довольно редко. В некоторых случаях влечение может возникать только к младшим подросткам — в начале полового созревания, иногда это встречается при гомосексуализме (в строгом смысле слова «педерастия» должна относиться только к этим случаям, нередко же этим словом обозначают все половые сношения между мужчинами или только coitus per anum).
Геронтофилия (от древнегреч. ge'ron — старец) дословно означает влечение к старикам, но на самом деле к лицам значительно старше себя, обычно в возрасте, соответствующем возрасту собственных родителей. У девочек-подростков встречается кактранзи-торное явление. Однако иногда бывают стойкие пожизненные сексуальные привязанности, которые вряд ли стоит рассматривать даже как сексуальные девиации.
Инцест (от лат. incestus — кровосмешение, осквернение) — половые сношения с близкими кровными родственниками (отцом, матерью, сыновьями и дочерьми, братьями и сестрами). Запрет на инцест встречается почти у всех народов. Православная церковь не венчала даже двоюродных братьев и сестер, что разрешается римско-католической церковью. Браки между кровными родственниками резко повышают риск рецессивных наследственных заболеваний, включая слабоумие.
Согласно учению З.Фрейда, у ребенка 3—5 лет пробуждается влечение к родителю противоположного пола, которое затем подавляется, но существует подсознательно [эдипов комплекс — по имени легендарного царя Эдипа (из древнегреческой мифологии), влюбившегося в свою мать и из ревности убившего своего отца, не зная, что это его родители]. Половые сношения между сыном и матерью обычно случаются, когда тот психически болен (чаще шизофренией) и принуждает мать к сожительству. В сношениях с дочерью инициатором

чаще бывает пьяный отец, а пострадавшими — девочки 9—12 лет или в возрасте полового созревания. Если отец был первым сексуальным партнером в жизни, то влечение к нему может упрочиться (могут быть регулярные сношения отца с дочерью тайком от матери). Этому может способствовать ситуация, когда жена-мать не справляется со своей ролью.

Зоофилия, или скотоложство, известно также под названием содомии (от названия библейского города Содома, жители которого предавались безудержному разврату) — половые сношения с животными Мужчинами чаше используются козы и овцы, женщинами — крупные кобели Отношение общества к зоофилии в разные эпохи и в разных культурах неодинаково За древнеримскими легионами специально гнали стада коз и овец для полового удовлетворения воинов В древней Иудее и в средневековье в христианских странах сношения с животными карались смертной казнью При отсутствии возможности для нормальной половой жизни может быть тразиторной девиацией (особенно у подростков и юношей с невысоким интеллектом)
Садизм и мазохизм^ — потребность во время полового сношения или перед ним причинять партнеру (или испытывать от него) физическую боль или моральные страдания В легкой степени садизм нередко может встречаться у мужчин, а мазохизм — у женщин во время нормальной половой жизни Перверсией следует считать тяжелые проявления, когда жестокие действия (бичевание, нанесение уколов, порезов, ожогов, побоев) становятся необходимым условием полового возбуждения и даже сами по себе приводят к оргазму Садизм и мазохизм могут сочетаться и чередоваться у одного лица Иногда дело ограничивается только садистскими или мазохистскими фантазиями
Нарциссизм (по имени мифического красавца-юноши Нарцисса, влюбившегося в самого себя, увидев свое отражение в воде) Склонность любоваться своим телом не следует считать ни перверсией, ни девиацией Извращением является мастурбация перед зеркалом, глядя на свое обнаженное тело
Другие перверсии включают разнообразные способы удовлетворения полового влечения — от изощренной нецензурной брани по телефону неизвестному лицу, за которой обычно следует мастурбация, до вызывания оргазма путем аноксии мозга, достигаемой кратковременным удушением Описаны казуистические случаи некрофилии (половое влечение к трупам), гоми-цидомании (влечение к убийству) В большинстве подобные случаи относились либо к шизофрении, либо к тяжелому органическому поражению головного мозга (например, постэнце-фалитическому)
Симптоматические перверсии и сексуальные девиации служат одним из проявлений психических расстройств При шизофрении перверсии весьма разнообразны, иногда одна сменяет другую
От имени писателей французского — маркиза де Сада и австрийского — Захер Маюха

или они сочетаются Их отличие — они появляются с началом заболевания и ослабевают или исчезают во время ремиссий При органических поражениях головного мозга встречаются «неистовый онанизм» с криком, садизм и мазохизм Во время маниакальных фаз гиперсексуальность может сочетаться с промискуитетом, транзиторным гомосексуализмом Особенности перверсии и девиации при психопатиях зависят от их типа и упомянуты при их описании в этой главе
33.1.3.1. Рубрификация в МКБ-10
Невротические психосексуальные расстройства представлены в разделе «Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами» (подраздел «Сексуальные расстройства (дисфункции), не обусловленные органическими нарушениями или болезнями») Для кодирования сексуальных перверсии используются рубрики раздела «Расстройства личности и поведения в зрелом возрасте» (подразделы «Расстройства половой идентификации» и «Расстройства сексуального предпочтения»)
33.2. Этиология и патогенез
Истинные перверсии, вероятнее всего, имеют конституционально-наследственную предопределенность У монозиготных близнецов, как правило, бывает полное совпадение по гомосексуализму, даже если они воспитывались в разных семьях У гомосексуалистов мужского пола кровные родственники, подозрительные в отношении той же перверсии, значительно чаще встречаются по материнской линии Они также чаще рождаются от матерей в возрасте 35 лет и старше Как указывалось, женственная внешность у мужчин и мужественная у женщин не имеет жесткой связи с гомосексуализмом, транссексуализмом и трансвестизмом, хотя риск перверсии

возрастает
Каких-либо достоверных гормональных нарушений при пер-весиях не установлено Попытки гормонотерапии безуспешны Когда мужчинам-гомосексуалистам вводили мужские половые гормоны, то это лишь усиливало гомосексуальное влечение, но не меняло его направленности
Существует предположение, что в основе истинных перверсий лежит какая-то гормональная дисгармония во внутриутробном периоде, а именно во время формирования гипоталамуса (4—7-я неделя беременности) С некоторыми органическими поражениями головного мозга связывают развитие садизма и мазохизма, а с поражением височных долей — фетишизма и трансвестизма
Психоаналитическая теория, заложенная 3 Фрейдом, связывает развитие перверсий с детской сексуальностью, в которой вы-

деляют фазы оральную (сосание — в возрасте до 1 года), анальную (интерес к дефекации — возраст 1—3 года), генитальную (с 4—5 лет), когда происходит формирование эдипова комплекса (аналогичные переживания у девочек иногда называют комплексом Электры — мифической девицы, влюбленной в своего отца). В 7—10 лет наступает период латентности, когда внешне сексуальность мало проявляется, хотя психосексуальное развитие продолжается. Затем начинается половое созревание. Перверсии и сексуальные девиации с этой точки зрения отражают фазы инфантильной сексуальности. Например, гомосексуализм связывают с анальной фазой, инцест — с эдиповым комплексом.
В генезе ложных перверсий важное значение имеют условно-рефлекторные механизмы. Особая роль отводится импринтингу (запечатлению) — стремительно быстрому образованию прочного условного рефлекса в начале жизни, в данном случае половой. Если первый в жизни оргазм возникает при взаимной мастурбации мальчиков или при совращении взрослым гомосексуалом, то подобный способ его вызвать может прочно запечатлеться и обусловить гомосексуальное влечение. Предметы, связанные с первым оргазмом, могут стать фетишем. Первый оргазм во время драки может способствовать садизму или мазохизму. Именно поэтому законы большинства государств оберегают малолетних, строго карая развратные действия с ними. Однако все случаи перверсий механизмом импринтинга объяснить не удается. К тому же далеко не всегда первый оргазм обусловливает импринтинг раздражителей, с ним связанных.
Сексуальные девиации (промискуитет, групповой секс и др.) чаще бывают следствием влияния окружения.
33.3. Прогноз
Истинные перверсии практически не поддаются коррекции. Психотерапия позволяет ослабить депрессивную реакцию, если собственная перверсия воспринимается как тягостная неполноценность. Следует учитывать, что частота суицидов среди страдающих перверсиями значительно выше, чем в общей популяции. Прогноз при ложных перверсиях и сексуальных девиациях значительно лучше: во многих случаях они поддаются психотерапевтической коррекции, а некоторые из них, проявляющиеся в период полового созревания, проходят сами при повзрослении с началом нормальной половой жизни.
33.4. Лечение и профилактика
Мастурбация требует лечения, только если достигает чрезмерной интенсивности или тяготит пациента. Для снижения половой возбудимости можно использовать сонапакс по 25—50 мг

перед сном или отдыхом. К этому же средству прибегают также при преждевременной эякуляции и гиперсексуальности.
Сексуальные девиации в виде промискуитета, группового секса, фроттеризма нуждаются лишь в психологической коррекции — должна быть разъяснена высокая вероятность превращения их в стойкую пагубную привычку, которая будет мешать нормальной половой жизни.
При невротических психосексуальных расстройствах используют разнообразные психотерапевтические приемы описанные в специальных руководствах.
Истинные перверсии практически неизлечимы. Гормонотерапия гомосексуализма и трансвестизма безуспешна. Психотерапия особенно важна в кризисных ситуациях, когда высок риск суицидов, а также, когда перверсия тяготит пациента, вызывает депрессивную реакцию на собственную неполноценность или питаются безосновательные надежды на исцеление. Цель психотерапии — найти формы удовлетворения влечения без нарушений закона и не нанося вреда другим, а также поиск путей самоутверждения в других несексуальных областях. При ложных перверсиях, когда нормальная половая жизнь возможна, для ее упрочения используют

самые различные психотерапевтические приемы — от гипноза до рациональной и поведенческой терапии.
При транссексуализме удовлетворительная социальная адаптация достигается иногда только после пластических хирургических операций и поддерживающей гормонотерапии, создающих видимость другого пола и при юридическом закреплении смены пола.
Эксгибиционизм, даже впервые выявившийся в зрелом возрасте, плохо поддается коррекции. Уголовное преследование с осуждением за «злостное хулиганство» не предотвращает возможного рецидива, иногда тотчас после освобождения.
Профилактика истинных перверсий затруднена из-за неясности их патогенеза. Для профилактики ложных перверсий и сексуальных девиаций решающее значение имеет половое воспитание, включающее половое просвещение с младшего подросткового возраста. Неблагоприятна длительная изоляция в однополом коллективе.

33.5. Экспертиза

Действия, обусловленные перверсиями и сексуальными девиациями (если они не являются симптоматическими при психических болезнях), совершаются в ясном сознании при сохранении способности отдать себе в них отчет и руководить ими. Неодолимость влечений не исключает вменяемости. В уголовных кодексах некоторых стран в разные времена предусматривалось наказание

за мужеложство, при этом гомосексуальные сношения между женщинами обычно не преследовались — пожалуй, это единственное исключение, когда за одно и то же действие наказывались представители только одного пола В России суровое наказание за мужеложство было введено Иваном Грозным и сохранялось до 1918 г, когда из числа уголовных преступлении было исключено, но в 1934 г вновь соответствующая статья была включена в Уголовный кодекс В настоящее время в большинстве стран гомосексуальные сношения между совершеннолетними не преследуются Опыт показал, что подобная кара лишь способствует анонимному гомосексуальному промискуитету, препятствует устойчивым связям и обусловливает рост венерических болезней, включая СПИД, а также шантажа и преступности Эксгибиционизм расценивается как злостное хулиганство, а садистские действия — как истязания или нанесение телесных повреждений Педофилия наказуется за развратные действия над малолетними или за половые сношения с лицами, не достигшими половой зрелости В прошлом в нашей стране специально оговаривалось наказание за скотоложство, в настоящее время подобная статья в Уголовном кодексе отсутствует

Глава 34. УМСТВЕННАЯ ОТСТАЛОСТЬ (ОЛИГОФРЕНИИ)

Олигофрении — сборная группа стойких непрогрессирующих патологических состоянии с различной этиологией и патогенезом, но объединяемых по сходству основной, главной клинической картины наследственного, врожденного или приобретенного в первые годы жизни слабоумия, выражающегося в общем психическом недоразвитии с преобладанием интеллектуального дефекта и в затруднении социальной адаптации
Термин «олигофрения» (от греч oligos — малый, незначительный + phren — ум, разум), впервые введенный Э Крепелином, не является единственным для определения описываемых состояний В настоящее время употребляются также такие обозначения, как «психическая ретардация», «умственная отсталость», «общее недоразвитие», «умственное недоразвитие»
Недоразвитие интеллекта — наиболее яркое клиническое проявление олигофрении, но при этом следует помнить, что малоумие является лишь частью общего психического недоразвития личности, задержки психического развития в целом Поэтому для олигофрении характерны также различно выраженные эмоциональные, волевые, речевые и двигательные нарушения Основное проявление олигофрении — психическое недоразвитие — в зависимости от ее формы может сочетаться с различными физическими, неврологическими, психическими, биохимическими, эндокринными и другими нарушениями Олигофрении не являются болезнью в полном смысле слова Это не болезненный процесс, а патологическое состояние — результат когда-то подействовавшей вредности, следствие какого-то давнего болезненного процесса, вызвавшего задержку развития личности в целом и в первую очередь умственного развития
Олигофрении не заболевания, а дизонтогении (Сухарева ГЕ)'
Для олигофрении характерно отсутствие прогредиентности, что выражается прежде всего в том, что слабоумие олигофренов как правило, не нарастает, не увеличивается, не прогрессирует Наоборот, в большинстве случаев (за исключением самых тяжелых степеней задержки, отсталости развития) при олиго-френиях возможно какое-то интеллектуальное развитие В этом принципиальное отличие олигофрении от деменции — приобретенного в течение жизни

слабоумия с его тенденцией к про-грессированию
'Дизонтогенез (от греч dvs — отрицание + ontogenesis — индивидуальное развитие) — неправильное нарушенное порочное индивидуальное развитие

34.1. Клинические проявления
По степени психического недоразвития всех страдающих олигофренией независимо от формы заболевания принято подразделять на три группы: I) с наиболее резко выраженным дефектом психического развития (идиотия); 2) со средней степенью (имбецильность) и 3) с легкой выраженностью олигофрении (дебил ьность).
34.1.1. Психические нарушения
Четкой границы между этими тремя степенями задержки психического развития нет. Невозможно, например, провести твердую грань между легкой степенью идиотии и глубокой имбециль-ностью, или между выраженной дебильностью и легкой степенью имбецильности. Но все же, однако, в наиболее типичных проявлениях идиотия, имбецильность и дебильность имеют ряд существенных особенностей.
Идиотия (от греч. idioteia — невежество) является наиболее тяжелой степенью задержки психического развития.
При глубокой идиотии почти полностью отсутствует познавательная деятельность. Такие больные обычно никак не реагируют на окружающее, ничем, даже громким звуком или ярким светом, не удается привлечь или во всяком случае сколько-нибудь задержать их внимание. Они неспособны к каким-либо дифференци-ровкам; часто не узнают даже мать, что здоровый ребенок делает уже в несколько месяцев. Подобное глубокое нарушение познавательной деятельности определяется как неспособность образовывать представления, образовывать новые связи.
Страдающие глубокой идиотией не отличают горячее от холодного, съедобное от несъедобного, зся тянут в рот, пытаются сосать одежду, белье, пальцы, иногда засовывая в рот не только пальцы рук, но и ног. Не имеют представления и о глубине и высоте. Так, больной идиотией ребенок 7 лет, ползая по двору, много раз падал в глубокую яму, вырываемую для колодца и все же сильные ушибы (однажды даже с переломами костей) не вызывали у него никакого представления об опасности.
Больные с тяжелой формой идиотии не приобретают никаких навыков самообслуживания, не могут одеться или раздеться, пользоваться ложкой, вилкой, неопрятны во время мочеиспуска-ния и дефекации и совершенно не тяготятся этим, не испытывают беспокойства от мокрого белья.
Довольно часто у глубоких идиотов отмечается понижение всех видов чувствительности, в том числе и болевой: они никак не реагируют на повреждения, а нередко, особенно в периоды гневливых вспышек, могут царапать лицо и тело, рвать волосы, кусаться.

Эмоциональные реакции страдающих глубокой идиотией крайне примитивны, они не умеют плакать или смеяться, не могут радоваться, способны лишь к злобно-гневливым вспышкам. У одних эти злобные реакции почти постоянны, у других преобладает вялость, тупое безразличие ко всему, почти полное отсутствие каких-либо эмоциональных реакций.
Двигательные реакции их также характеризуются бедностью, малой координированностью, примитивностью. Они поздно и с трудом овладевают умением ходить, делают очень неуклюжие движения, иногда же передвигаются только ползком. Движения их несогласованны, нередко хаотичны, сколько-нибудь сложная координация им обычно недоступна. Характерны для идиотов однообразные, иногда постоянно повторяющиеся движения: монотонное равномерное раскачивание туловища взад и вперед, стереотипные движения из стороны в сторону нижней челюстью, кивательные движения головой, переминание с ноги на ногу и т.д.
Девочка 12 лет по физическому развитию напоминает ребенка 4 лет. У нее резко выраженное сходящееся косоглазие, маленьких размеров голова с явным преобладанием лицевого черепа над мозговым. Выражение лица бессмысленное, рот полуоткрыт с почти постоянно вытекающей слюной. Целыми днями сидит в постели, стереотипно раскачиваясь взад — вперед. Порой делает попытки встать, держась за края кроватки, но чаще всего при этом не удерживается, садится и вновь начинает стереотипно раскачиваться. Никак не реагирует на окружающее, например даже не повернула головы при резком звуке падающего таза Не понимает не только речи, но и жестикуляции и интонаций. Обычно издает только мычание, но иногда, главным образом при запаздывающем кормлении, начинает дико кричать и царапать

себе лицо. Ест только с помощью матери (на которую никак не реагирует), неопрятна при мочеиспускании и дефекации
Речь у страдающих глубокой идиотией полностью отсутствует. Они не только не понимают обращенных к ним слов, но даже неспособны издавать сколько-нибудь членораздельные звуки.
При идиотии средней и легкой степени имеются некоторые проявления познавательной деятельности. Такие больные способны к выработке каких-то (наиболее простых) представлений. Они понимают, например, что нельзя трогать пламя, опускать руку в кипящую воду, что можно уколоться острым предметом и т.д. Эти больные способны не только различать окружающих, но даже привязываться к ухаживающим за ними, проявлять радость при их появлении. Способны усвоить элементарные навыки самообслуживания. Движения их большей частью неуклюжи, но встречаются среди них больные с очень большой подвижностью. Ловко работая руками и ногами, такие больные способны легко влезть не только на дерево, но и на гладко обтесанный столб. При идиотии средней и особенно легкой степени больные не только

могут издавать членораздельные звуки, но и запоминать отдельные слова, обычно из повседневного обихода При этом большей частью отмечаются разного рода дефекты произношения: гнусавость, шепелявость, замены одних звуков другими, пропуски слогов и тд.
Ввиду резко выраженного дефекта психического развития олигофрены в степени идиотии нуждаются в постоянном надзоре и уходе и помещаются обычно в специальные медицинские учреждения.
Имбецильность (отлат. imbecillus — слабый, незначительный) — средняя степень задержки психического развития1. При имбецильности познавательная деятельность нарушена таким образом, что страдающие олигофренией уже могут образовывать представления, но более высокий этап психической деятельности — образование понятий — для них невозможен или резко затруднен. У них отсутствует способность к абстрактному мышлению, обобщениям.
Имбецилы не только в состоянии приобретать основные навыки самообслуживания) такие как одевание, самостоятельная еда, элементарная опрятность, но могут быть приучены и к простейшему труду, в основном путем тренировки подражательных действий. Так, они могут перематывать нитки, помогать в уборке помещения или двора, выполнять какую-то одну операцию, например при клейке коробок и т.д.
Имбецилы понимают простую речь и сами могут усвоить небольшой запас слов. Речь их, как правило, косноязычна и состоит чаще всего из очень коротких стандартных фраз, главным образом какого-либо существительного в сочетании с простым прилагательным или глаголом.
Усвоение нового удается имбецилам с большим трудом и возможно только в пределах очень конкретных представлений без всякого обобщения. К самостоятельному мышлению имбецилы неспособны, поэтому их адаптация к окружающему возможна только в привычной, хорошо знакомой обстановке. Малейшее изменение ситуации ставит имбецила в затруднительное положение, он нуждается в постоянном руководстве. Имбецилы очень внушаемы. Собственные их интересы обычно крайне примитивны и касаются в основном утоления физиологических потребностей Они нередко бывают очень прожорливы и неряшливы в еде Сексуальное чувство их большей частью понижено, но иногда отмечается повышение полового влечения с распущенным поведением.
По поведению олигофрены в степени имбецильности делятся на две группы: одну из них составляют очень живые, подвижные,
Как и при идиотии, при имбецильности выделяют три степени тяжести тяжелую, среднюю и легкую с соответственно различными уровнями психического недоразвития

активные, непоседливые, а другую — вялоапатичные, ни на что не реагирующие, равнодушные ко всему, кроме утоления естественных потребностей.
По характеру всех имбецилов также можно разделить на две группы: очень добродушных, покладистых, приветливых, общительных и злобно-агрессивных и упрямых.
Несмотря на способность к примитивному труду, имбецилы не могут жить самостоятельно и нуждаются в постоянном квалифицированном надзоре. Лучше всего это осуществляется, кроме вспомогательных школ, в учреждениях типа лечебно-трудовых мастерских (если имбецил живет в семье) или в специальных загородных учреждениях
Больной 22 лет Три года учился во вспомогательной школе, за это время усвоил несколько букв и счет в пределах 5 Речь косноязычная, чаще всего произносит очень невнятно отдельные слова С трудом овладел склейкой коробок Работает старательно, но очень медленно и малопро-

дуктивно Благодушен, послушен, вял, понимает только самые простые вопросы Очень любит разговаривать со студентами, при этом почти постоянно, указывая пальцем на какую-либо студентку, заявляет, широко улыбаясь «Моя невеста»

Дебильность (от лат. debilis — слабый, немощный) — самая легкая степень психического недоразвития Нарушения познавательной деятельности у олигофренов в степени дебильности выражаются главным образом в неспособности к выработке сложных понятий и вследствие этого в невозможности сложных обобщений, абстрактного мышления или при более легкой степени дебильности — в ограниченности абстрактного мышления У этих больных преобладает конкретно-описательный тип мышления, им трудно охватить ситуацию целиком, чаще всего они улавливают лишь внешнюю сторону событий В зависимости от степени дебильности (легкой, средней или тяжелой) эта неспособность к выработке понятии выражена в разной степени, но тем не менее у дебилов всегда можно отметить те или иные нарушения абстрактного мышления. Дебилы могут учиться в школе, но усвоение материала дается им с большим трудом. Особенно трудным предметом является для них математика.

Не обладая пытливостью ума, не имея собственных суждений, эти лица обычно легко перенимают чужие взгляды, подчас с необыкновенной косностью придерживаясь их. Запоминая различные правила, выражения, употребляют их шаблонно, при этом любят иногда поучать окружающих

Не будучи способным к тонкому анализу и обобщениям, страдающие дебильностью (особенно при легкой степени) в то же время могут ловко ориентироваться в обычной ситуации, обнаруживая при этом хорошую практическую осведомленность, а ино-

гда определенную хитрость и пронырливость. Поэтому о таких больных говорят, что «их уменье больше их знания» (Крепелин).

При выраженной задержке общего психического развития дебильных больных среди них иногда встречаются люди с частичной одаренностью Эта частичная одаренность может выражаться в великолепной механической памяти без осмысления повторяемого, в абсолютном слухе, в способности умножить в уме крупные цифры, в рисовании, в умении определять по любой задаваемой дате день недели при невозможности объяснить ход этих вычислений и т.д.

Характерной чертой дебилов является их выраженная внушаемость, легкое попадание под чужое влияние. Это представляет особую опасность в том случае, когда дебилы, не осмысливая обстановки, становятся орудием в руках разного рода злоумышленников, непосредственными исполнителями преступлений. Такие лица, исполняя чужую волю, могут напасть с ножом, сломать запор, совершить поджог и т.д., совершенно не отдавая себе отчета в последствиях своих действий.

Среди дебильных больных довольно часто встречаются личности с усилением примитивных влечений, в частности сексуальных, с распущенным поведением.

По характеру дебилы, так же, как и имбецилы, могут быть или добродушно-ласковыми, приветливыми, доброжелательными либо, напротив, злобно-упрямыми, агрессивными и мстительными, а по поведению — двигательно-возбудимыми или малоподвижными.

Чрезвычайно важным для олигофренов в степени дебильное-ти является правильная организация труда и быта. При разумном руководстве страдающие дебильностью вполне могут овладеть (и иногда очень хорошо) несложной специальностью. Могут жить самостоятельно, но чаще нуждаются в руководстве и поддержке.

Больная 34 лет, окончила 4 класса массовой школы, в 3-м и 4-м классах оставалась на второй год Особенно плохо успевала по арифметике В дальнейшем научилась хорошо вышивать, с большим мастерством делает искусственные цветы, умеет готовить Дружите девочками 10—12-летнего возраста, проявляет большой интерес к нарядам, украшениям, мальчикам При приветливом обращении к ней тут же пытается обнимать и целовать собеседника, не хочет уходить, просит взять ее с собой, «погладить по головке»

Независимо от степени выраженности психического недоразвития олигофрении подразделяются еще на такие формы, как астеническая, атоническая, дисфорическая и стеническая с определенными клиническими особенностями каждой из них (Исаев ДН.).

Основными особенностями страдающих олигофренией в астенической форме являются истошаемость, утомляемость, эмо-

циональная неустойчивость. Для умственно отсталых с атонической формой психического недоразвития характерна неспособность к мотивированному и целесообразному поведению.

Для больных олигофренией в дисфорической форме (довольно редкой) характерны выраженные расстройства настроения со склонностью к агрессии и разрушительным действиям. Олигофрены с наиболее часто встречающейся стенической формой психического недоразвития характеризуются либо уравновешенностью, активностью, добродушием и общительностью («уравновешенный вариант»), либо эмоциональной неустойчивостью, вспыльчивостью и неупорядоченным поведением («неуравновешенный вариант»).

34.1.2. Физические нарушения
и неврологические расстройства.
Пороки развития черепа и мозга

При олигофрениях часто встречаются самые разнообразные пороки развития, особенно выраженные при идиотии и имбе-цильности. Весьма характерны различные пороки развития черепа — дискрании, обычно сопровождающиеся теми или иными дефектами в строении мозга. Нередко можно отметить микроцефалию — значительно уменьшенную в размерах голову с явным преобладанием лицевого черепа над мозговым. Лоб у таких олигофренов обычно очень маленький, покатый, что в совокупности с резко выступающим носом иногда придает им сходство с птицей.

Так же нередко встречается макроцефалия — большой гидро-цефалический череп, когда, наоборот, мозговая часть черепа явно преобладает над лицевой, отчего лицо кажется очень маленьким под большим, широким, обычно выпуклым лбом. Довольно характерен выраженный венозный рисунок, особенно на висках. Форма головы при гидроцефалии чаще всего круглая, шарообразная. Иногда бывает пиргоцефалия (башенный череп), долихоцефалия (удлинение черепа в переднезаднем размере) и т.д.

Кроме того, при олигофрениях могут быть разнообразные неправильности в строении лица, волчья пасть, заячья губа, очень высокое, так называемое готическое небо, уродливые по своему росту и строению зубы, различные поражения глаз, деформированные уши, очень высокий или чрезмерно маленький рост, дис-пластичность, ожирение, гипо- или гипергенитализм, шестипа-лость, четырехпалость, синдактилия, различные пороки развития внутренних органов и т.д. Некоторые дефекты физического развития характерны преимущественно для определенных форм олигофрении и имеют по-

этому конкретно-диагностическое значение (см. ниже). Большинство же физических уродств встречается при многих олиго-френиях, независимо от их форм.

Многообразны и неврологические расстройства, наблюдаемые при олигофрениях. Могут быть симптомы нарушения ликво-рообращения, парезы и параличи черепных нервов (птоз, нистагм, косоглазие, поражения слуха и зрения, асимметрия лица и тд.), разнообразные двигательные расстройства, судорожные проявления, нарушения чувствительности, изменения рефлексов (арефлексия, гиперрефлексия, гипорефлексия), патологические рефлексы, различные трофические нарушения и т.д.

При исследовании мозга при олигофрении, особенно в тяжелых случаях, часто обнаруживаются многочисленные аномалии в виде нарушения обычной структуры и величины мозга, несораз-мерности отдельных его частей, изменения извилин (отсутствие их — агирия1, наличие узких и коротких извилин — микрогирия), неправильного соотношения белого и серого вещества, отсутствия мозолистого тела, изменений со стороны глии, извращения архитектоники коры, гетерогения серого вещества и т.д.

При гидроцефалии обнаруживается чрезмерное скопление спинномозговой жидкости в желудочках (внутренняя водянка мозга) или в подпаутинных пространствах (наружная гидроцефалия). Повышение внутричерепного давления, характерное для гидроцефалии, ведет к уплощению вещества головного мозга.

Встречается также врожденная порэнцефалия — наличие в мозге полостей различной величины и расположения.

34.1.3. Рубрификация психических расстройств по МКБ-10

В МКБ-10 умственная отсталость (олигофрения) выделена в особый раздел F70—F79 и отдельные расстройства кодируются с учетом нарушений поведения, этиологических факторов, вызывающих умственную отсталость. Выделены легкая, средняя и тяжелая степени умственной отсталости, которые оцениваются разными кодами, в зависимости от причины, вызвавшей это расстройство, и необходимости использования медико-социальных мероприятий.

34.2. Этиология и патогенез

Причины, приводящие к возникновению олигофрении, очень разнообразны и далеко еще не полностью изучены (хотя известно уже более 100 вредных факторов).

Этиологические факторы олигофрении могут быть как эндогенной, так и экзогенной природы, возможно и их разнообраз-

Агирия называется еще дисэнцефалиеи

ное сочетание, т.е. полиэтиологичность психического недоразвития. В целом причинами олигофрении являются: 1) наследственно обусловленные нарушения обмена веществ (в частности, недостаточность того или иного фермента) и хромосомные болезни (патология, связанная с так называемой хромосомной аберрацией)1;

2) разного рода инфекционные агенты, воздействующие в период внутриутробного развития или в первые годы жизни (неиро-тропные вирусы, бледная спирохета, токсоплазма гондии, менингококк и т.д.);

3) многочисленные интоксикации (появление в организме матери токсичных продуктов вследствие, например, нарушения функции ее печени или почек, алкоголизм матери, применение различных химических веществе целью прерывания беременности, гормональные дискорреляции в организме беременной женщины и т.д.);

4) действие на женщину в период беременности лучевой энергии;

5) иммунологическая несовместимость тканей матери и плода (в первую очередь — резусконфликт),

6) различные нарушения питания развивающегося организма (общее голодание матери, недостаток в ее рационе тех или иных жизненно важных веществ: витаминов, солей и т д.). Особо важное значение имеет кислородное голодание развивающегося мозга;

7) недоношенность беременности, механические травмы во время родов, в меньшей степени вследствие ушибов беременной женщины и полученные в первые годы жизни ребенка;

8) влияние отрицательных социально-культуральных факторов.

Патогенез олигофрении также весьма разнообразен и зависит не только от характера вредного фактора, его интенсивности и продолжительности действия, но и от того, в какой период развития организма он подействовал. Дело в том, что развивающийся мозг (как и весь организм в целом) характеризуется не только постоянной структурной динамикой, но и динамикой биохимических процессов. Иными словами, идет не только морфологическое, но и биохимическое созревание мозга (в частности, развитие его ферментативных систем) Поэтому разные периоды развития человеческого организма характеризуются существенными особенностями в обмене веществ и различной реактивностью. Если даже при уже созревшем мозге с его максимальной дифференцированностью возможных ответных реак-

От лат aberratio — ошибка, заблуждение, отклонение от истины

ций значительно меньше, чем вредностей (отсюда «типовые ответы»), то это в еще большей степени касается мозга развивающегося, формирующегося, созревающего, «типовые ответы» которого будут зависеть главным образом от стадии, периода развития. Поэтому весьма сходные нарушения (допустим, микроцефалия, или водянка головного мозга) могут быть вызваны самыми различными причинами. С другой стороны, одна и та же вредность, действуя на различных этапах развития, может вызывать самые различные аномалии. Например, вирус краснухи, практически неопасный после IV месяца внутриутробного развития, при воздействии в различные периоды первых трех месяцев эмбриогенеза вызывает наряду с поражением мозга преимущественное поражение глаз или сердечно-сосудистой системы или слухового аппарата. Возникновение сходных аномалий при действии различных вредностей и, наоборот, появление различных пороков в развитии от одной и той же причины объясняются преимущественным воздействием поражающих факторов именно на те процессы морфологического и биохимического развития, которые в этот период протекают с наибольшей активностью Таким образом, патогенез олигофрении в большей степени определяется не характером вредного фактора, а временем, тем периодом онтогенеза, в который эта вредность подействовала.

В частности, та или иная вредность может подействовать на еще не оплодотворенную клетку — гамету, приведя к так называемым гаметопатиям, либо вызвать поражение зародыша на любом дальнейшем этапе внутриутробного развития: начальном (1-я неделя развития), зародышевом (2—8-я неделя развития) и плодном (с 9-й недели развития до рождения ребенка). Иначе говоря, причиной олигофрении — состояния общего психического недоразвития — могут быть гаметопатии, эмбриопатии и фетопатии самой различной этиологии.

Наконец, к возникновению умственной отсталости могут привести патогенные воздействия,

действующие в перинатальном и постнатальном периодах. В то же время необходимо особо отметить, что значительное число олигофрении возникает все-таки при поражении во время внутриутробного развития. Чем раньше проявится это вредоносное действие, тем большие нарушения нормального онтогенеза — так называемую дисгенезию развития — оно вызовет. Наиболее грубые пороки мозга и всего организма возникают при поражениях в период закладки, формирования органов и их дальнейшей дифференцировки.
В случаях очень тяжелых поражений может быть внутриутробная гибель плода или нежизнеспособность новорожденного

При более поздних поражениях плода или ребенка в первые годы жизни (чаще всего до 3 лет) уже не будет грубых уродств или тотальных поражений головного мозга, а все более отчетливыми становятся локальные нарушения, ведущие тем не менее к общей задержке психического развития
Важнейшим фактором, вызывающим поражение мозга, является аноксия (Снесарев П.Е). Если фактор аноксии имеет большое значение при токсических, инфекционных или травматических поражениях мозга у взрослых, то тем большее значение имеет он при разнообразных вредностях у детей и особенно в период внутриутробного развития.
Кислородное голодание является наиболее распространенным механизмом, приводящим к нарушению развития мозга эмбриона и плода (Клоссовский Б.Н. и др).
Клинико-экспериментальное изучение различных форм олигофрении (Исаев Д Н) показало, какие преимущественно патофизиологические механизмы лежат в основе тех или иных клинических расстройств Так, при астенической олигофрении имеет место недоразвитие или поражение функциональных систем, объединяющих некоторые глубинные структуры (таламус) с корковыми образованиями. Атоническая олигофрения связана с преимущественным нарушением созревания лимбических образований (гиппокамп, миндалины и др.), что обусловливает не только дисфункцию этих структур, но и невозможность формирования лобно-лимбических мотивационных систем. Дисфорическая форма психического недоразвития связана с ранними грубыми органическими поражениями головного мозга. Основным патофизиологическим механизмом стенической формы олигофрении является недоразвитие функциональных систем преимущественно в корковых структурах мозга с меньшим вовлечением в процесс (чем при других формах) подкорковых образований
34.3. Дифференцированные формы олигофрении
Как уже отмечалось, сборная группа олигофрении является следствием таких разнообразных по этиологии и патогенезу страданий, как наследственные и хромосомные болезни, заболевания эмбриона и плода (различной этиологии эмбриопатии и фетопа-тии), родовая патология (асфиксии, травмы, кровоизлияния), поражения центральной нервной системы ребенка в первые месяцы или годы жизни (менингиты, менингоэнцефалиты, энцефалиты, травмы).
Не все олигофрении изучены в одинаковой степени, так же как неизвестно пока точное количество их разновидностей. Некоторые олигофрении ввиду недостаточной изученности описываются пока не как отдельные нозологические формы, а лишь как

синдромы. Термин «синдром» некоторыми авторами предпочитается еще и потому, что олигофрении, как уже отмечалось, не являются болезнью в собственном смысле этого понятия. Олигофрении с уже известной этиологией определяются как дифференцированные формы. Единой классификации олигофрении нет.
В нашей стране наиболее принята двухэтапная классификация, предложенная Г.Е.Сухаревой. По этой классификации в первую очередь учитывается время патологического воздействия и во вторую — качество и тяжесть вредоносного фактора.
По временам воздействия (и, естественно, по определенному сходству патогенеза) этой классификацией выделяются три больших группы олигофрении:
1) наследственные и семейные формы олигофрении;
2) эмбриопатии и фетопатии (поражения эмбриона или плода);
3) олигофрении, вызванные различными вредностями во время родов и в первые месяцы или годы жизни.
Таким образом, все олигофрении с уже изученной этиологией можно подразделить на следующие большие группы:
1) олигофрении вследствие наследственных (генных и хромосомных) заболеваний;
2) олигофрении вследствие воздействия различных вредностей (инфекции,

интоксикации и т.д.) в период внутриутробного развития;
3) олигофрении, вызванные воздействием различных вредностей в перинатальном периоде и в первые месяцы и годы жизни;
4) олигофрении, являющиеся следствием отрицательных психосоциальных влияний.
34.3.1. Олигофрении вследствие наследственных (генных и хромосомных) заболеваний
Эти формы умственной отсталости обусловлены большей частью эндогенными воздействиями в виде наследственных дефектов обмена веществ и хромосомных аберраций. Патогенные факторы здесь могут действовать еще и до зачатия ребенка, когда патология выражается в виде гаметопатии.
34.3.1.1. Олигофрении в связи с генными болезнями Фенилпировиноградная олигофрения (болезнь Фёллинга, фенил-кетонурия). Среди генных форм умственной отсталости эта форма является наиболее изученной и является следствием врожденной (аутосомно-рецессивный тип наследования) аномалии обмена: нарушения окисления одной из аминокислот — фенилаланина. Патология обмена заключается в том, что вследствие фермента-

тивной недостаточности (полное или частичное отсутствие фени-лаланингидроксилазы) фенилаланин не превращается, как в норме, в тирозин. Вместо тирозина в организме таких больных образуется фенилпировиноградная кислота, которую легко можно обнаружить в моче1. При этом суточное выделение с мочой фенил-пировиноградной кислоты может доходить до двух с лишним граммов.
Фенилпировиноградная форма олигофрении сопровождается обычно глубокой степенью психического недоразвижя, чаще всего в виде идиопатии или имбецильности.
Отмечено (Лебедев Б.В., Блюмина М.Г.), что время появления первых симптомов расстройств психического развития у страдающих фенилкетонурией неодинаково. У одних больных расстройства психики в виде чрезмерной вялости и сонливости или, наоборот, повышенного беспокойства и часто беспричинною крика обнаруживаются уже в первые месяцы жизни, у других же подобные расстройства появляются спустя 4—9 мес после рождения, а иногда и после года.
В целом психическое состояние страдающих фенилпировино-градной формой олигофрении характеризуется вялостью и безразличием, на фоне которых наблюдаются внезапные вспышки раздражительности или злобного недовольства.
Иногда отмечается бессмысленное подражательство окружающим в виде эхолалии и эхопраксии. Часто наблюдаются мышечная гипертензия, различные гиперкинезы, нарушения походки. Могут быть судорожные припадки. Из физических признаков отмечаются, как правило, нарушение пигментации волос и глаз (светлые волосы и синие глаза), тонкая белая кожа с легким возникновением экзематозных поражений на открытых участках, подверженных действию солнца. Эти нарушения появляются вследствие недостаточности в организме меланина — производного тирозина. Иногда отмечается своеобразный «мышиный» запах. Нередким явлением может быть нерезко выраженная микроцефалия и непропорционально большая верхняя челюсть с редкими зубами.
Чрезвычайно важным является ранняя диагностика фенилпи-ровиноградной олигофрении, лучше всего на стадии новорожденное™. Диагноз устанавливают на основе определения фенилаланина в сыворотке крови и еще проще — фенилпировиноград-ной кислоты в моче. При добавлении к моче хлористого железа при наличии фенилпировинограднои кислоты в ней появляется сине-зеленое окрашивание.
Отсюда и одно из названий болезни — «фенилкетонурия».

Существует несколько проб на фенилпировиноградную кислоту в моче Наиболее простая — проба Феллинга Заключается она в том, что к 2 мл мочи добавляют 5—10 капель 10% раствора $FeCl_3$ При положительной реакции появляется сине-зеленое окрашивание, исчезающее тем медленнее, чем больше содержится в моче пировинограднои кислоты Подобную пробу можно сделать прямо на пеленке, опустив на нее каплю 10% $FeCl_3$ Эта так называемая пеленочная проба должна проводиться только на пеленке белого цвета Применяются специальные индикаторные бумажки («Phenistix», «Biophanp» и др), при опускании которых в мочу, содержащую фенилпировиноградную кислоту, также появляется зеленое окрашивание
Для более точной диагностики наряду с пробой с $FeCl_3$ нужно проводить пробу с 2,4-динитрофенилгидразином (2,4-ДНФГ), дающим при добавлении его (5—10 капель 0,3% 2,4-ДНФГ к 1—2 мл мочи) ярко-желтое окрашивание При отсутствии в моче фенил-

пировиноградной кислоты смесь остается прозрачной
Ранняя диагностика необходима для своевременного лечения Дети, страдающие фенилкетонурией, должны переводиться на специальную диету с резким ограничением натурального белка и заменой его гидролизатом казеина, бедным фенилаланином В то же время гидролизат должен содержать достаточное количество триптофана, тирозина, серусодержащих аминокислот
В последнее время применяется препарат берлофан — гидролизат казеина, совершенно лишенный фенилаланина Ввиду того что полностью фенилаланин из рациона ребенка исключать нельзя (это незаменимая аминокислота), берлофан дается одновременно со специально разработанными питательными смесями, содержащими необходимое количество фенилаланина
Применяется также отечественный препарат гипофенат, содержащий смесь аминокислот с пониженным содержанием фенилаланина Выпускается он в двух видах — с глюкозой и без глюкозы
Диетотерапию необходимо проводить под постоянным контролем биохимических исследований — определением уровня содержания фенилаланина в сыворотке крови Резкое уменьшение содержания фенилаланина в крови повлечет за собой нежелательные осложнения в виде анорексии, рвоты, диареи, дегидратации, потери в весе
Диетотерапия страдающих фенилкетонурией должна сопровождаться исключением из пищи всех продуктов, богатых белками, таких как любые мясные продукты, рыба, сыр, творог, яйца, мучные изделия, горох, фасоль, бобы, орехи и т д Чтобы пища ребенка была достаточно калорийной, в его рацион надо включать

мед, растительные жиры, фруктовые соки, сахар Остальные продукты даются с ограничениями (в зависимости от концентрации в них фенилаланина) В целом же диетотерапия должна проводиться по специально разработанным рекомендациям с учетом различных показании и в первую очередь возраста ребенка
Лечение должно быть начато по возможности более рано и осуществляться длительно (до 6—8 лет), что может дать выраженные положительные результаты Если лечение начато после 3—5 лет жизни, то эффекта от диетотерапии уже не будет При резко выраженном интеллектуальном дефекте, особенно при наличии врожденных уродств, терапевтический эффект весьма незначителен даже и при раннем лечении
Помимо нарушения обмена фенилаланина, причиной олигофрении, могут быть и другие врожденные метаболические нарушения (сейчас их уже известно несколько десятков) К таким заболеваниям относятся случаи психического недоразвития, связанные с галактоземией, цитруллинуриеи и тд
Галактоземия обусловлена наследственной энзимопатиеи, касающейся галактозо-1-фосфатуридилтрансферазы Нарушение метаболизма галактозы (увеличение ее количества в результате недостаточного расщепления) приводит к развитию значительной умственной отсталости Характерными признаками являются также выраженное увеличение печени и катаракта Применяется диетотерапия с резким ограничением галактозы
Цитруллинурия связана с наследственно обусловленной недостаточностью синтеза аргинино-янтарнои кислоты В сыворотке крови, спинномозговой жидкости и моче отмечается высокое со-держание цитруллина Олигофрения сопровождается приступами рвоты и аммиачной интоксикацией
Гаргоилизм (мукополисахаридоз, тип I — синдром Гурлер, болезнь Пфаундлера—Гурлер, мукополисахаридоз, тип II — синдром Хантера, полидистрофия Гурлер—Эллиса, дизостатическая идиотия) — группа наследственных заболеваний, связанных с нарушениями обмена мукополисахаридов, необходимых для нормального функционирования соединительной ткани Чаще встречается у мальчиков
Помимо поражения нервной системы, прежде всего выражающегося в обычно глубокой умственной отсталости, для гаргои-лизма характерны поражения глаз, внутренних органов и опорно-двигательного аппарата (хондроостеодистрофия) Такие больные прежде всего обращают на себя внимание своей внешностью1 неправильным («шаржированным») строением лица с явлениями
Термин гаргоилизм происходит от французского слова gargoyle, означающего фигуру человека или животного с безобразной отталкивающей внешностью изображаемых на устье водосточных труб средневековых кафедральных соборов

акромегалии, неправильной формой ушей, зубов, носа, рта, большим вываливающимся изо рта языком, огромной головой, обычно при карликовом росте. Туловище часто деформировано, позвоночник искривлен, живот увеличен, нередко с пупочной и паховой грыжами, ладони широкие, с короткими пальцами. Отмечаются поражения печени, селезенки, почек, сердца, недостаточность функции щитовидной железы. Наблюдаются помутнение роговиц, катаракта, повышение внутриглазного давления. Нередко поражается слух. Страдающие гаргоилизмом вялые, адинамич-ные, безразличные ко всему окружающему. Диагноз устанавливают на основании характерной клинической картины, данных генеалогических и биохимических исследований (определение содержания мукополисахаридов).
Лечение пока только симптоматическое — назначение АКТГ, тиреоидина, витамина А.
Мукополисахаридоз, тип III (синдром Санфилиппо). При этой разновидности мукополисахаридоза выраженная олигофрения сочетается с относительно неглубокими соматическими отклонениями в виде некоторых расстройств опорно-двигательного аппарата, увеличения размеров внутренних органов, незначительного помутнения роговицы.
Эти больные отличаются большой двигательной активностью, злобностью и агрессивностью.
Окулодиэнцефалический синдром Барде—Бидля1 заключается в сочетании психического недоразвития с ожирением, гипогенита-лизмом, пигментарным ретинитом с резким снижением зрения (вплоть до слепоты) и полидактилией.
Синдром Лоуренса—Муна2. Помимо умственной отсталости, этот синдром выражается в наличии пигментной ретинопатии, гипогенитализме и спастической параплегии.
Черепно-лицевой синдром Крузона. При этом синдроме снижение интеллекта сочетается с характерным видом черепа и лица: конической, башенной и шарообразной формой головы, шишковидным лбом, экзофтальмом и расходящимся косоглазием, гипоплазией верхней и прогнатией нижней челюсти, крючковидным носом. Кроме того, имеется снижение слуха, зрения, обоняния.
Акроцефалосиндактилический синдром Апера. Нарушение психического развития при синдроме Апера сопровождается уродством черепа (сплющенная в переднезаднем размере и вытянутая вверх голова) и синдактилией — срастанием пальцев рук и ног.
Иногда оба этих синдрома не совсем правомерно объединяют в один общий синдром Лоуренса—Муна—Барде—Бидля.

34.3.1.2. Хромосомные болезни
Болезнь Дауна (болезнь Лангдон—Дауна, синдром Дауна, генерализованная фетальная дисплазия, эмбриодия). Средняя частота болезни Дауна среди новорожденных составляет 0,10%. Больные с этой формой олигофрении имеют очень характерный внешний вид: круглое лицо с маленьким, часто приплюснутым носом, красные щеки, неправильно посаженные глаза с эпикантусом, толстый, большой язык, видимый в почти всегда приоткрытом рте, редкие зубы, уплощенная в переднезаднем направлении голова (так называемый брахицефальный череп).
Помимо этой типичной картины (называемой некоторыми авторами «клоуниз-мом»), для l градающих болезнью Дауна очень характерна мышечная гипотония и разболтанность суставов, благодаря чему они легко могут делать такие движения, как, например, закидывания ноги за шею и т.д. («гуттаперчивость»).
Из других физических нарушений можно встретить корот-копалость, задержку роста, гипогенитализм, вздутие живота вследствие атонии кишечника, акроцианоз, замедленный рост и выпадение волос, особенно у девочек. Часть этих симптомов обусловлена характерными для болезни Дауна эндокринными расстройствами (гипофункция щитовидной железы, гипофиза, надпочечников и половых желез). Встречается различная патология зрения (дистрофия сетчатки, нарушения рефракции и цветоощущения и т.д.).
Психическое недоразвитие при болезни Дауна может быть выражено по-разному, но в подавляющем большинстве случаев речь идет об идиотии или имбецильности и несравненно реже о де-бильности. Речь таких больных косноязычна, с небольшим запасом слов, движения неловкие, неточные, малокоординирован-ные, что нередко сочетается со своеобразной неуклюжей резвостью и непоседливостью. Особенностью психического облика страдающих болезнью Дауна является большая склонность к подражательности. При выраженном слабоумии эта подражательность носит характер бессмысленного копирования по типу эхо-кинезии, в более же легких случаях — сознательного и очень точного повторения жестов, манер, походки окружающих. Особенно охотно такие больные копируют приятные им действия. Так, один больной, побывав в кино, с точным повторением всех увиденных на экране жестов стал

целовать руки окружающим его молодым женщинам. Кроме склонности к подражанию, эти больные чаще всего характеризуются добродушием, ласковостью, приветливостью, некоторой эйфорией, хотя встречаются и безразличные — вялые или злобно-раздражительные.

Несмотря на то что болезнь Дауна известна более 100 лет (описана в 1866 г.), долгое время по поводу ее этиологии существовали лишь различные гипотезы. И только в связи с развитием медицинской цитогенетики было обнаружено, что болезнь Дауна относится к так называемым хромосомным болезням.
Болезнь Дауна является следствием нарушения хромосомного баланса в виде трисомии по 21-й хромосоме (в клеточном ядре вместо обычных двух 21-х аутосом появляется лишняя 21-я хромосома1)-
Трисомия по 21-й хромосоме и обусловливает те нарушения обмена веществ, которые дают характерную картину болезни Дауна.
Самой частой причиной хромосомной аберрации (хромосомной «ошибки») при болезни Дауна является немолодой возраст матери (наибольшее число страдающих этой болезнью рождается у матерей в возрасте 35—45 лет).
Олигофрения в сочетании с врожденным ихтиозом и спастическими нарушениями (синдром Рада). При этой разновидности олигофрении глубокое слабоумие, чаще всего в виде идиотии, сочетается с ихтиозом — ороговением кожи, приобретающей вид рыбьей чешуи (ихтиозиформная эритродермия), и спастическими нарушениями, главным образом в нижних конечностях.
Патогенное воздействие могут оказать также такие факторы, как ионизирующая радиация, вирусные инфекции, некоторые интоксикации.
34.3.2. Олигофрении вследствие воздействия различных вредностей (инфекции, интоксикации и т.д.) в период внутриутробного развития
Олигофрения в виде рубеолярной эмбриопатии вследствие заболевания беременной краснухой в первые 2—3 месяца беременности чаще всего выражена в тяжелой форме и сопровождается аномалиями развития мозга (микроцефалия, порэнцефалия) и других органов. Очень характерны различные дефекты глаз: мик-рофтальмия, врожденная катаракта, изменения сетчатки, колобо-ма и т.д. Типичны также поражения органа слуха и врожденные пороки сердечно-сосудистой системы, из которых наиболее часто встречается незаращение артериального протока.
Олигофрения, обусловленная краснухой, может сопровождаться судорожными припадками. Вирус краснухи может поражать центральную нервную систему и в постнатальном периоде, когда обычное течение заболевания осложняется менингитами, менингоэнцефалитами и энцефалитами.
У человека 23 пары хромосом' 22 пары аутосом и 1 пара половых. Нерасхождение может касаться любой пары. Нерасхождение ведет или к трисомии, или к моносомии.

Внутриутробное поражение эмбриона или плода может произойти и при заболевании беременной женщины вирусным гриппом.
34.3.2.1. Олигофрении, обусловленные биологической несовместимостью крови матери и ребенка (резус-конфликт)
Несовместимость по резус-фактору (Rh-фактор) матери и ребенка приводит к возникновению у последнего гемолитической болезни, следствием чего может быть наряду с другой патологией и олигофрения.
Патогенез гемолитической болезни объясняется резус-конфликтом, когда при отсутствии Rh-фактора у матери1 и наличии резус-фактора у отца ребенок наследует отцовскую особенность и становится резус-положительным. В таком случае в организме матери вырабатываются антирезус-агглютинины, что ведет к гемолизу эритроцитов плода. Олигофрения вследствие перенесенной гемолитической болезни может быть выражена в разной степени, отмечаются и тяжелые степени психического недоразвития. Наблюдаются также судорожные припадки, поражения слуха, косоглазие, нистагм, атаксия, атетоз, гемиплегия.
34.3.2.2. Олигофрении вследствие токсоплазмоза
Вследствие внутриутробного заражения токсоплазмой гондии (паразит проникает через плаценту от больной токсоплазмозом матери) могут возникнуть выраженные нарушения развития организма и в том числе задержка психического развития.
Конгенитальный токсоплазмоз чаще всего дает тяжелую олигофрению (степень идиотии или

имбецильности). Нередки эпи-лептиформные припадки и гиперкинезы.
Кроме выраженного слабоумия, подчас сочетающегося с большой злобностью, для этого заболевания чрезвычайно характерны поражения глаз и кальцинаты — очаги обызвествления в головном мозге.
Дефекты глаз, помимо очень частых хориоретинитов, могут выражаться в микрофтальмии, энофтальмии, атрофии зрительных нервов. Частым явлением бывает гидроцефалия, но может быть и микроцефалия. Встречается микрогирия, гетеротопия серого вещества и т.д. Наряду с очень характерным поражением нервной системы и глаз при врожденном токсоплазмозе встречаются и различные поражения внутренних органов (селезенки, печени, легких, почек).
Диагноз олигофрении на почве токсоплазмоза устанавливают на основе: 1) типичной клинической картины (помимо задержки психического развития, чаще всего встречается «триада Сэйбина» —
Резус-отрицательными являются приблизительно 15% всех людей

гидроцефалия, хориоретинит и кальцинаты в мозге, обнаруживаемые при рентгенологическом исследовании, 2) данных специального исследования: а) реакции с красителем Сэйбина—Фельдмана (окрашивание токсоплазм метиленовым синим), б) реакции связывания комплемента и в) кожной аллергической реакции.
Для лечения токсоплазмоза применяется хлоридин (дара-прим, малоцид, пириметамин) в сочетании с сульфамидными препаратами и добавлением витаминов. Помимо врожденного токсоплазмоза, к олигофрении может вести и заражение этой болезнью в раннем детском возрасте.
34.3.2.3. Олигофрения на почве врожденного сифилиса
К задержке психического развития может приводить и конге-нитальный сифилис (см. главу 20). Психическое недоразвитие при этом может быть выражено по-разному, нередко — в степени де-бильности. Возможно сочетание слабоумия с эпилептиформным синдромом. При постановке диагноза большим подспорьем являются различные признаки врожденного сифилиса, такие как гет-чинсоновские зубы (полулунные вырезки на верхних средних резцах), неправильная форма остальных зубов, седловидный нос, ра-диарные белого цвета рубчики вокруг углов губ («усы кота»), специфические паренхиматозный кератит и хориоретинит, атрофия зрительного нерва, поражения слухового аппарата, участки лейкодермы различной локализации и, в частности, вокруг шеи («ожерелье Венеры»), неправильная форма черепа, гнездная плешивость, отсутствие мечевидного отростка, саблевидные голени, поражения внутренних органов и т.д. Совершенно не обязательно, чтобы все эти симптомы имелись у каждого больного, но сочетание каких-либо из этих признаков с задержкой умственного развития всегда должно настораживать в отношении врожденного сифилиса.
Характерны и неврологические симптомы: нарушения зрачковых реакций, симптомы поражения черепных нервов, параличи. Лабораторные исследования при врожденном сифилисе иногда могут давать и негативный результат, что особенно свойственно так называемому дистрофическому сифилису.
Специфическое лечение (см. главу 20) необходимо проводить во всех случаях. При наличии активного сифилитического процесса эффект будет несравненно выше, чем при сифилисе «дистрофическом», при котором имеется лишь результат прошлого нарушения. Однако и в этих случаях возможно какое-то улучшение, в частности от бийохинола, обладающего рассасывающим действием.
34.3.2.4. Олигофрении на основе эндокринных нарушений
Врожденные или возникшие в раннем детстве эндокринопатии также могут быть причиной задержки психического развития (на-

рушения функции щитовидной железы, гипофиза и др.). Особенно типичен в этом отношении кретинизм, развивающийся вследствие гипофункции щитовидной железы или даже ее полного отсутствия (атиреоз). Различают кретинизм эндемический и спорадический. Эндемический кретинизм характерен для некоторых, главным образом горных, районов земного шара и связан с особенностью почвы (недостаточное количество йода в питьевой воде).
Кретинизму свойственны:
а) типичный внешний вид, выражающийся в карликовом росте с непропорциональным развитием (длинное туловище на коротких ногах). Круглая, уплощенная в переднезаднем размере голова с отечным серого цвета тестообразным лицом сидит на очень короткой, тоже

отечной шее; б) типичная клиника микседемы; в) задержка психического развития, выраженная в разной степени, но нередко достигающая глубокого слабоумия (идиотия или тяжелая имбецильность).
Для психического облика кретинов характерна вялость, апатия, чрезвычайная медлительность. В тяжелых случаях имеются выраженные нарушения речи, может быть глухонемота.
Лечение кретинизма тиреоидином необходимо начинать как можно раньше, так как своевременная терапия может дать выраженные результаты. Большое значение имеет профилактика эндемического зоба, заключающаяся в добавлении к пище солей йода.
34.3.2.5. Олигофрении вследствие родовых осложнений
Причины родовой патологии разнообразны (узкий таз, преждевременное отхождение вод — «сухие роды», слабость родовой деятельности, неправильное предлежание и т.д.). Многообразны при этом и механизмы вредоносного воздействия на мозг ребенка. Однако, несколько схематизируя, можно выделить два основных фактора, в той или иной пропорции имеющих место почти в каждом случае родовой патологии и часто вза-имообусловливаемые: а) аноксия — кислородное голодание мозга, б) механические повреждения.
Кислородное голодание мозга, к которому нервная ткань особенно чувствительна, — очень важный фактор при родовой патологии. Вызванная различными причинами аноксия не только ведет к нарушению клеточного метаболизма, но может влиять на ликворообращение мозга. Внутриутробная асфиксия плода, например, может привести к расстройству мозгового кровообращения и, в частности, к внутричерепным кровоизлияниям.
Помимо асфиксии, тяжелые поражения мозга могут быть вызваны и прямой механической травмой, при которой в свою очередь также имеется нарушение питания нервной ткани.

Наиболее частым следствием механического воздействия являются внутричерепные кровоизлияния различной локализации (в вещество мозга, субдурально и т.д.).
Помимо кровоизлияний, вызванных разрывами синусов, мозжечкового намета, повреждением различных сосудов и т.д., при родовых травмах может происходить и непосредственное повреж-дение мозга и оболочек (например, осколками черепных костей). Олигофрении вследствие родовых травм нередко сопровождаются различными очаговыми поражениями и эпилептиформными припадками, иногда — характерной клиникой, свойственной гид-роцефалии. Степень олигофрении при эгом различна — от самой легкой до резко выраженной. Меньшая роль в этиологии олигофрении принадлежит механическим травмам, полученным внутриутробно или в постна-тальном периоде.
Возможность лечения последствий родовой патологии весьма ограничена. Поэтому чрезвычайно большое значение имеет профилактика родовых осложнений и в первую очередь — разного рода асфиксий.
34.3.3. Олигофрении на почве перенесенных
в раннем детстве менингитов, менингоэнцефалитов и энцефалитов
Помимо специальных возбудителей (менингококк, вирусы весенне-летнего, осеннего и других энцефалитов), поражения мозга и оболочек могут наблюдаться при многих инфекционных за-болеваниях: гриппе, кори, паротите, краснухе, коклюше и т.д.
Патогенные влияния при этом могут обусловливаться как непосредственным воздействием инфекционного агента, так и токсикозом, нарушениями кровообращения, аллергическими механизмами.
Так же, как и при последствиях травмы, при олигофрениях вследствие острых инфекций наряду с различной степенью психического недоразвития очень выражены разнообразные локальные органические поражения (параличи, парезы). Характерны и судорожные состояния. Нередким следствием воспалительных поражений мозга бывает гидроцефалия.
Для предупреждения этих форм олигофрении необходима профилактика (прививки, борьба с переносчиками) энцефалитов и активное лечебное воздействие во время заболевания.
34.3.4. Олигофрении, являющиеся следствием
отрицательных психосоциальных влияний,
в том числе депривации
Довольно длительное время существовало мнение, что олигофрении возникают только при воздействии биологических вред-

ных факторов, имеют только органическую природу. Однако многочисленные исследования последних лет показали, что к умственной недостаточности могут приводить и отрицательные

микросоциальные, в первую очередь семейные условия, неблагоприятно влияющие на ребенка в раннем возрасте его жизни.
В первую очередь депривация, означающая в биологии и медицине лишение или ограничение возможностей удовлетворения каких-либо потребностей организма.
Для возникновения олигофрении (в подавляющем большинстве в степени дебильности) в первую очередь имеют значение такие виды депривации, как материнская, сенсорная и социальная, и особенно сочетание их. Это выражается в полном отсутствии или крайней ограниченности материнской заботы, внимания и ласки, в неполучении ребенком необходимой стимуляции и информации (при социальной изоляции семьи, при расстройствах функции основных органов чувств и отсутствии специального обучения и воспитания, при очень низком культурном уровне семьи, невозможности привить маленькому ребенку самые необходимые навыки).
Наиболее ярким примером депривации является существование ребенка с раннего возраста вне человеческой среды («ребенок-волк»). Вопреки опоэтизированной сказке Р. Киплинга «Маугли», при весьма нечастых находках таких детей (главным образом в джунглях) у них обнаруживается глубокая степень интеллектуальной недостаточности с невозможностью, несмотря на все усилия медиков, психологов и социологов, ее коррекции.
Нередко в этиологии олигофрении участвуют совместно социальные и биологические факторы. Примером этого могут быть рождение и воспитание ребенка в семье (особенно неполной) родителями, страдающими алкоголизмом, той же олигофренией и другими заболеваниями, недоношенность беременности, связанная с различными стрессовыми воздействиями, беременность и рождение ребенка девочками-подростками, у которых наряду с незрелостью организма также нередко имеются и выраженные психогенные расстройства.
При сочетании неблагоприятной наследственности и такого же семейного окружения (т.е. интеграции причин олигофрении) можно говорить словами австрийского психиатра Вагнер-Яурегга о том, что «родители отягощают детей не только своей наследственностью, но и своим воспитанием».

34.4. Диагноз и дифференциальный диагноз

Диагностика олигофрении в настоящее время должна сводиться не только к самой констатации психического недоразви-

тия, но и к установлению по возможности более точной формы олигофрении, причем в наиболее раннем периоде.
Определение олигофрении в степени идиотии или имбециль-ности не представляет особых затруднений. Значительно сложнее диагностировать олигофрении в стадии дебильности.
Диагноз олигофрении ставится на основе всестороннего обследования, куда должны входить:
а) подробное собирание личного и семейного анамнеза. При этом необходимо выяснить, нет ли среди родных подобных больных, как протекала беременность матери, что она перенесла в это время, как питалась, действию каких вредностей подвергалась, как прошли роды, в каких условиях жил ребенок, что он перенес и т.д. Если ребенок посещал какие-либо детские учреждения, то при подозрении на олигофрению особую важность представляют характеристики этих учреждений;
б) тщательное клиническое обследование с выявлением физических, неврологических и психических нарушений. При исследовании психического состояния особое внимание следует уделить изучению интеллекта и речи;
в) лабораторные исследования, применение патофизиологических и психологических методик, а при подозрении на определенные формы — тех или иных специальных биохимических, иммунологических, цитологических и других анализов.
Олигофрении нужно дифференцировать с внешне сходными состояниями, которые могут быть:
1) при педагогической запущенности, когда некоторое замедление психического развития может наблюдаться у здорового ребенка, но лишенного по тем или иным причинам условий для правильного умственного развития, не получающего необходимой информации;
2) при выраженной длительной астенизации вследствие тяжелых соматических заболеваний, нарушений питания и т.д. При такой астении психически здоровый ребенок также может развиваться с некоторой задержкой, обнаруживать рассеянность внимания, плохую память, замедленность мышления;
3) при прогредиентных психических заболеваниях (особенно шизофрении и эпилепсии), возникших в раннем возрасте и повлекших за собой выраженное слабоумие.
При педагогической запущенности и выраженной астенизации дети, несмотря на некоторую

задержку психического развития, не обнаруживают свойственных олигофрении симптомов (невозможность вырабатывать понятия или представления, нарушения абстрактного мышления и т.д.) и довольно быстро выравниваются при соответствующей педагогической и медицинской помощи.

При дифференцировании с шизофренией или эпилепсией, возникшими в раннем возрасте, помимо данных анамнеза (доопределенного возраста ребенок не выявлял никакой патологии, хорошо развивался), помогает обнаружение типичной симптоматики, свойственной этим болезням (см. главы 23—25).
Одним из основных дифференциально-диагностических критериев при отличии олигофрении от последствий каких-то про-гредиентных заболеваний нужно считать критерий прогрессирования патологического процесса вообще и, в частности, слабоумия, свойственного этим заболеЕзаниям. Именно по признаку прогредиентности (прогрессирования) отечественные психиатры исключают в последнее время из группы олигофрении (патологических состояний) ряд болезней (патологических процессов), сопровождающихся нарастающим слабоумием.
К таким страданиям относятся туберозный склероз, болезнь Реклингхаузена (нсйрофиброматоз), болезнь Тея—Сакса (семейная амавротическая идиотия) и родственные ей заболевания (другие формы «липидов») и т.д.1
Диагноз олигофрении значительно затрудняется, если это патологическое состояние сочетается с каким-либо психическим заболеванием.
Страдающие олигофренией могут заболеть шизофренией — так называемой «привитой», или пфропфшизофренией (от нем. pfropf — прививка), у них возможны реактивные состояния, алкогольные психозы и т.д.
У олигофренов (главным образом дебилов) могут возникать параноидные эпизоды с крайне примитивным содержанием бреда, ипохондрические состояния, дисфории, сумеречные помрачения сознания. Нередко сочетание олигофрении с эпилептиформ-ным синдромом.
34.5. Профилактика и лечение
Огромное значение имеет предупреждение олигофрении. Борьба с инфекционными заболеваниями, с родовым травматизмом, охрана здоровья беременной женщины — вот те главные пути, по которым должна проводиться профилактика олигофрении.
В предупреждении олигофрении должны участвовать все работники здравоохранения, но особенно большая роль принадлежит акушерам-гинекологам и педиатрам (проведение санитарно-просветительной работы, своевременные меры при патологии беременных, при угрозе резуснесовместимости, предупреждение родового травматизма, профилактика инфекционных заболева-
1 Ряд авторов, особенно зарубежных, продолжают относить подобные болезни к группе олигофрении.

нии детей младшего возраста и тд) Велика роль педиатров и в наиболее раннем выявлении страдающих той или иной формой олигофрении
Собственно лечебные воздействия при олигофрениях должны проводиться в двух направлениях 1) медико-педагогические меры, 2) медикаментозная и диетотерапия
В ряду специальных занятии, направленных на развитие умственных способностей олигофренов, очень большая роль принадлежит прививке трудовых навыков Как показал опыт, трудотерапия даже у тяжелобольных олигофренией дает значительный эффект, способствует наглядному развитию речи, моторики, приобретению довольно сложных практических навыков (Штернберг Э Я и Лунинская И Д) Однако при самых тяжелых степенях психического недоразвития (тяжелая идиотия) медико-педагогические воздействия безрезультатны и такие дети нуждаются лишь в специальном уходе
Собственно медицинские воздействия при олигофрениях можно в свою очередь разделить на два вида а) сугубо специфическое патогенетическое лечение, применяемое при определенных метаболических формах олигофрении, б) общие мероприятия, независимо от разновидности заболевания
Специфическое медикаментозное и диетическое лечение олигофрении является новым, в значительной степени еще только разрабатываемым разделом в психиатрии
Дифференцированная терапия стала возможна благодаря выделению отдельных форм олигофрении, изучению их этиологии и патогенеза (см выше)
Общие лечебные мероприятия при олигофрениях направлены на повышение психической

активности олигофренов, улучшение их соматического состояния, а при возбуждении и агрессивности — на снятие этих симптомов

При олигофрениях независимо от их формы применяются но-отропные препараты, витаминотерапия (поливитамины), реже — глутаминовая кислота и ее производные

При двигательном беспокойстве и агрессивности назначают производные фенотиазина и бутирофенона и др В ряде случаев успокоение наступает при лечении транквилизаторами (феназе-пам, седуксен, элениум и др) При наличии водянки мозга проводится дегидратационная терапия, а при прогрессирующей гидроцефалии показано оперативное вмешательство

Некоторое улучшение психического состояния у детей-олигофренов с врожденными пороками сердца может наступить в связи с хирургическим лечением последних, что объясняется, по-видимому, улучшением кровоснабжения мозга (Ковалев В В)

При сочетании олигофрении с эпилептиформным синдромом показано широкое применение противоэпилептических средств

Лечение олигофрении во всех случаях должно быть комплексным, сочетающим медикаментозное воздействие с медико-педагогическими мероприятиями и трудотерапией

34.6. Экспертиза

Олигофрены с глубокой умственной отсталостью (идиоты и имбецилы) редко подвергаются судебной экспертизе, а если это все же происходит, то обычно признаются невменяемыми Значительно чаще правонарушения совершаются олигофренами-дебилами и вопрос о вменяемости или невменяемости в таких случаях должен решаться строго индивидуально При судебно-психиат-рическои экспертизе олигофренов нужно учитывать не только степень психического недоразвития, но и характер преступления и ту обстановку, в которой это преступление совершалось

Легкая внушаемость олигофренов может сделать их слепым орудием в руках хитрых и ловких злоумышленников Поэтому, например, сложный характер преступления и выраженная умственная отсталость его непосредственного исполнителя должны навести на подозрение, не стоит ли м спиной этого олигофрена расчетливый преступник Олигофрены могут совершать правонарушения и по собственной инициативе, и в таких случаях следует учитывать, отдавали ли они себе отчет в совершаемом, осмысляли ли обстановку, понимали ли, к чему поведет сделанное ими Вопрос о дееспособности олигофренов также решается индивидуально Идиоты и имбецилы обычно являются недееспособными и нуждаются в учреждении над ними опекунства

Вопрос о дееспособности или недееспособности дебилов решается в зависимости от степени умственной отсталости, характера поведения и трудоспособности

Глава 35. ЗАДЕРЖКИ ТЕМПА ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ (ЗАМЕДЛЕНИЕ И ИСКАЖЕНИЕ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ)

Эти расстройства занимают промежуточное место между больными олигофренией и лицами с нормальным интеллектом Их предлагают обозначать как временные задержки темпа психического развития (ГЕ Сухарева) Кроме того, существуют врожденные легкие формы интеллектуальной недостаточности (детей с этими формами выделяют в группу малоодаренных, так называемых конституционально глупых), некоторые формы психического инфантилизма и непрогредиентные варианты детского аутизма Наряду с этим имеется большая группа л иц с легкой интеллектуальной недостаточностью, которая возникает под влиянием экзогенных факторов (вторичные задержки психического развития) В формировании этой патологии существенную роль играют различные психогенные факторы и дефекты анализаторов органов чувств, не дающие ребенку соответствующей информации, необходимой для полноценного развития мозга

По Международной классификации болезней эти состояния определяются как «пограничная умственная отсталость» (IQ1 в пределах 70—80)

Задержки психического развития могут быть обусловлены эмоциональной депривациеи (госпитализм, «приютские дети», сироты), педагогической запущенностью и социальной депривациеи (дети из малокультурных семей, дети, воспитанные в логове зверя) и сенсорной депривациеи (слепые, глухие, слепоглухие)

Эмоциональная депривация. Это состояние развивается вследствие такой жизненной ситуации, при которой субъекту не предоставлены условия для удовлетворения его основных (витальных) психических потребностей в полной мере и длительное время

Примером эмоциональной депривации является фрустрация, при которой наблюдается блокада

уже активизированной ранее удовлетворенной потребности Примером фрустрации может быть лишение ребенка любимой игрушки, ни предложение взамен другой Депривация — лишение игрушек вообще

Степень умственной недостаточности оценивается с помощью IQ (коэф фициент интеллектуальности) который определяется психологическими ме тодами (шкала Векслера для детей WISC) Его величина равная 100 свидетель ствует о среднестатистической норме К дебильности относят случаи с величи ной IQ от 50 до 70

35.1. Клинические проявления

Обычно выделяют 4 группы задержек темпа психического развития или пограничной интеллектуальной недостаточности 1) дизонтогенетические формы, обусловленные задержанным или искаженным психическим развитием (варианты психического инфантилизма), 2) формы, обусловленные органическим повреждением мозга на ранних этапах онтогенеза, 3) интеллектуальная недостаточность, зависящая от дефицита информации в раннем возрасте, 4) интеллектуальная недостаточность, связанная с дефектами анализаторов органов чувств

Клинические проявления задержек развития разнообразны кроме интеллектуальной недостаточности и незрелое!и психики, обычно наблюдаются нарушения поведения и невротические симптомы

35.1.1. Инфантилизм

Инфантилизм (от лат infantilis — детский, младенческий) — патологическое состояние, характеризующееся задержкой физического и психического развития, с сохранением у взрослых людей черт характера, присущих детскому и подростковому возрасту

Психический инфантилизм, или психическая незрелость, характеризуется наличием присущих детям особенностей суждений и поведения, повышенной внушаемостью, эмоциональной неус-тойчивостью, зависимостью от родителей и тд

Термин «инфантилизм» предложил французский ученый Е Ш Ласег в 1864 г для определения задержки развития ребенка на более ранней ступени вследствие интоксикации и инфекций, для остающихся «детьми на всю жизнь» Позднее П Лорен выделил три признака этого расстройства тщедушность, грациль-ность и миниатюрность тела, с чертами детской наивности и беспомощности

Г К Ушаков дал следующую характеристику психофизического инфантилизма детскость, ограниченность, узость интересов, недостаточная самостоятельность в действиях и поступках Впечатлительность преобладает над рассудочностью, суждения незрелы, логика эмоциональная мышление конкретное, образное, недостаточная глубина аффективных переживаний, эмоциональная неустойчивость, легкая ранимость, хрупкость психики, нецеленаправленность деятельности, отсутствие творчества, временами беспомощность Наряду с этим отмечается незрелость психомоторики и вегетативных реакций Мимика неуверенная, выражение лица приветливо-доверчивое, по-детски миловидное, дви-

жения быстрые, многочисленные, порывистые (инфантильная двигательная расторможенность) Вместе с тем наблюдается неуклюжесть, медлительность, быстрая утомляемость при целена-правленной деятельности У таких лиц отмечаются нарушения сна и аппетита, вазомоторная лабильность, повышенная потливость и зябкость Среди личностных особенностей часто отмеча-ются черты незрелости, робости, нерешительности, неуверенности и тревожности

Перечисленные особенности характерны для гармоничного или психофизического инфантилизма, который начинает выявляться с младших классов школы У таких детей долго сохраняются игровые интересы, они предпочитают компании более младших школьников, отличаются детской бесцеремонностью, капризностью, наивностью при достаточном запасе знаний Для гармоничного инфантилизма характерно относительно равномерная задержка как психического, так и физического развития Наряду с таким инфантилизмом выделяют ряд форм частичного инфантилизма, примером которого является психический инфантилизм с выраженной дисгармоничностью развития отдельных сторон личности, поэтому наиболее адекватным названием является «дисгармоничный инфантилизм»

Дисгармоничный инфантилизм характеризуется неравномерностью психического и физического формирования

Физическое развитие соответствует возрасту или наблюдается акселерация, наряду с этим в психическом развитии наблюдается несоответствие Познавательные процессы обычно развиваются соответственно возрасту, те своевременно формируется абстрактное мышление,

однако эмоциональные и волевые функции задерживаются в своем развитии
Выделяют так называемый органический инфантилизм, обусловленный ранним органическим поражением центральной нервной системы Для этого варианта инфантилизма характерны физические стигмы нарушенного развития В отличие от дисгармоничного инфантилизма наблюдается недоразвитие и познавательной деятельности с преобладанием конкретности мышления, истощаемости, взрывчатости
Психический инфантилизм на фоне нормального или ускоренного физического развития обычно обнаруживается в среднем и старшем подростковом возрасте У подростков задерживается формирование чувства долга, ответственности, умения гибко оценивать ситуацию, учитывать не только свои желания, но и требования окружающих, усваивать морально-этические нормы поведения и принципы Для таких подростков характерно детское выражение лица

В пубертатном возрасте обычно выделяют два варианта психического инфантилизма 1) инфантилизм наблюдается с детства и в пубертатном возрасте обнаруживаются проявления возрастной динамики 2) инфантилизм выявляется в пубертатном возрасте и обусловлен неравномерностью психобиологического созревания, для которого характерно длительное сохранение подростковой психики Для этих больных характерно стремление к юношескому самоутверждению, задержка в формировании чувства долга, ответственности, критической самооценки, сочетающиеся с оппозиционностью и критицизмом, снижением способности к социально адекватной деятельности Для лиц с л им вариантом психического инфантилизма харак!ерны нарушения поведения и адаптации, более четкие, чем при первом варианте
Принято считать, что психофизический и дисгармоничный инфантилизм является эндогенным, но не исключена генетическая обусловленность С возрастом проявления инфашилизма становятся менее заметными, но полностью не исчезают
Психический инфантилизм у взрослых характеризуется следующими особенностями личности наивностью и прямодушной восторженностью, эгоизмом и эгоцентризмом, эмоциональной лабильностью и ярким фантазированием, формально обязательным исполнением долга и подчиняемостью, беззаботностью и равнодушием, неустойчивостью интересов и от-влекаемостью, обидчивостью и впечатлительностью, робостью и застенчивостью
Эти систематизированные признаки инфантилизма имеют большое значение при оценке пограничных расстроиив, патоха-рактерологических реакции, психопатических форм поведения
35.1.2. Задержки развития в связи с ранним органическим поражением головного мозга
Для этой формы задержек развития характерно неравномерное недоразвитие интеллекта, причем больше страдают внимание и память Интеллектуальная недостаточность сочетается с психо-патоподобными расстройствами в виде двигательной растормо-женности, эмоциональной лабильности, характерна астеническая симптоматика с быстрой истощаемостью и пресыщаемостью Эти особенности способствуют замедлению психического развития и школьной дезадаптации
35.1.3. Психогенно обусловленные задержки развития
Наиболее отчетливым проявлением психогенной задержки развития является госпитализм, под которым понимают психические расстройства, возникающие у детей при эмоциональной депривации (длительное пребывание ребенка в больнице

для хроников, разлука с родителями, нахождение в доме ребенка, в закрытом интернате, в яслях с недельным круглосуточным содержанием). В этих случаях для задержки развития имеет значение не только эмоциональная депривация, но и дефицит информации.
Задержки развития в связи с педагогической запущенное 1ью наблюдаются при безнадзорности, отсутствии условий для обучения ребенка, при жизни в условиях эмоциональной изоляции и информационного голода. При создании благоприятных условий для обучения и воспитания возможна обратимость расстройств.
35.1.4. Задержки развития при сенсорной депривации
Задержки развития при сенсорной депривации (глухота и слепота) имеют некоторые особенности и различия. Так, при глухоте наряду с интеллектуальной недостаточностью наблюдается эмоционально-волевая незрелость, несамостоятельность, наивность, внушаемость, подражательность наряду с тормозимостью и необщительностью, склонностью к реакциям протеста. Эти особенности отчетливо проявляются с начала обучения в школе.
У слепых чаще страдает двигательная активность, имеют место заторможенность и

замедленность движений, двигательные стереотипии. В мышлении выявляются вязкость, обстоятельность, склонность к детализации, инертность психических процессов и истощаемость.
Выделяют характерный для слепых депривационный синдром, включающий: I) массивную невротическую симптоматику на ранних этапах онтогенеза; 2) двигательные стереотипии; 3) феномен патологического фантазирования; 4) стойкие идеи отношения; 5) ипохондрические сверхценные идеи; 6) разнообразные и рано возникающие патохарактерологические реакции; 7) стремление к одиночеству (Матвеев В.Ф.).
Депривационный синдром у глухих представлен следующими признаками: I) ретардация психического развития в результате непонимания речи окружающих людей; 2) массивная невротическая симптоматика в препубертатном и пубертатном возрастных периодах; 3) паранойяльные идеи отношения; 4) повышенная ипохондричность; 5) стремление к одиночеству; 6) патохарактерологические реакции, которые возникают в препубертатном и пубертатном возрастных периодах.
35.1.5. Детский аутизм
Детский аутизм (синдром Канера) диагносцируется с 2—3-летнего возраста, однако его признаки обнаруживаются в более ранние сроки. Мальчики болеют в 3—4 раза чаще девочек.

Основными проявлениями детского аутизма является отсутствие эмоционального контакта с близкими, замкнутость, стремление к одиночеству, отсутствие творчества в игровой деятельности, склонность к стереотипии — например, стремление крутить в руках какие-либо предметы: коробочки, листы бумаги или др., недостаточное использование речи как средства общения, тенденция устанавливать жесткий и раз и навсегда заведенный порядок во многих проявлениях повседневной жизни.
Механическая память у этих больных чаще хорошая, мимика и жестикуляции обычно недостаточны. В ряде случаев выявляется склонность к самоповреждениям (кусание запястий, вырывание волос). Это чаще наблюдается при умственной недос га точности, которая по мнению ряда авторов, отмечается у 3/4 дегеи с синдромом Канера.
Синдром Аспегера по клиническим проявлениям близок к синдрому Канера, но не сопровождается нарушениями ишеллек-та и рассматривается как наследственное заболевание
35.1.6. Рубрификация состояний по МКБ-10
В МКБ-Ю не выделены различные виды инфаншлизма и комплексное понятие задержек психическою развития в связи с различными факторами. В раздел F80—F89 «Расстройства психологического (психического) развития» выделены отдельные симптомы, характеризующие нарушения формирования речи, счета, письма, чтения, моторики и варианты аутизма.
35.2. Этиология и патогенез
Этиология задержек психического развития разнообразна. Имеют значение инфекционные заболевания, черепно-мозговые травмы, интоксикации, генетические факторы и неблагоприятные воздействия социальной среды.
Считают, что причиной задержек психического развития являются нарушение созревания и в связи с этим возникающая функциональная недостаточность наиболее сложных систем мозга, которые обеспечивают сознательную, активную деятельность человека (Певзнер М.С.).
35.3. Дифференциальный диагноз
Развитие психических функций ребенка происходит в определенные возрастные периоды, и если он не получает в это время соответствующей информации и отсутствуют условия для ее восприятия, то развитие его может настолько затормозиться, что возникает подозрение в психическом недоразвитии.
Для уточнения диагноза имеют значение сведения об особенностях воспитания. Если воспитание было правильным, проходи-

ло в хороших бытовых условиях, то это свидетельствует против временной задержки психического развития
Воспитание в неполной, социально неблагополучной семье, в детских учреждениях с недостаточно правильной воспитательной работой часто приводит к эмоциональной и сенсорной депривации Такая обстановка нарушает последовательность этапов развития ребенка, приводит к недостатку знаний, бедности познавательных интересов Однако в отличие от детей с психическим недоразвитием при задержках развития у детей сохраняется способность к усложнению процессов мышления, обобщениям, они в интересующих их ситуациях инициативны,

используют помощь в решении задании, достаточно хорошо ориентируются в житейских ситуациях

Если дети с задержками психического развития оказываются в благоприятных условиях, то их отставание может постепенно выровняться, что является подтверждением правильной оценки состояния

35.4. Лечение, профилактика и прогноз

При этих формах патологии особую роль играют лечебно-кор-рекционные и реабилитационные мероприятия Требуются специальные формы обучения и воспитания с учетом имеющегося у ребенка дефекта Показано проведение общеукрепляющих мероприятий и назначение лекарственных препаратов — как ноотро-пов, так и корректоров поведения при психопатоподобных нарушениях поведения

При задержках психического развития прогноз более благоприятен, чем при олигофрении Раннее выявление задержки психического развития и проведение лечебно-педагогических кор-рекционных мероприятий обычно приводят к ускорению развития психических способностей у этих людей

35.5. Экспертиза

Решение экспертных вопросов зависит от выраженности психического инфантилизма, зрелости суждений и способности оценивать происходящие события

Показателями глубины психической незрелости (критерии невменяемости) являются задержка созревания всех сфер психики, выраженная внушаемость и подражательность, слабость ин-теллектуального и волевого контроля, инфантильность мотивации, отсутствие борьбы мотивов при принятии решения, нарушение способности к прогнозированию, критике, неуправляемость поведения (Гурьева В А)

Глава 36. ОРГАНИЗАЦИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Организация психиатрической помощи в любой стране не может осуществляться без решения вопросов правового положения психически больных

Законодательство нашей страны по вопросам психиатрии ставит задачу, с одной стороны, максимально защитить интересы психически больных, с другой — создать условия для выполнения врачом стоящих перед ним гуманных задач по оказанию психиатрической помощи и одновременно защиты общества от общественно опасных действий психически больных В связи с этим законодательные акты содержат положения, касающиеся как самого психически больного, так и врача, и психиатрической службы

Крупнейшие отечественные психиатры С С Корсаков и В А Гиляровский подчеркивали, что правильная организация психиатрической помощи включает решение не только клинических и организационных, но обязательно и правовых вопросов

Психиатрическую помощь населению оказывают в стационарных и амбулаторных условиях

36.1. Стационарная психиатрическая помощь

Для стационарного лечения существуют психиатрические больницы и психиатрические отделения в многопрофильных больницах Эти отделения могут быть профилированы специаль-но для лечения больных с пограничными непсихотическими состояниями (неврозы, психосоматические заболевания, неврозо-подобные и цереброастенические расстройства) и лиц, страдающих психозами и одновременно соматическими заболеваниями, требующими активной терапии или оперативного вмешательства

В психиатрических больницах принят территориальный принцип распределения больных больные из определенного района или участка психоневрологического диспансера поступают в одно и то же отделение (таким образом осуществляется преемственность в лечении между этими лечебными учреждениями)

Кроме того, в больнице имеются отделения для лечения больных с пограничными состояниями, лиц пожилого возраста, детей и подростков

Последние годы в больших психиатрических больницах создаются специальные отделения психореанимации

Вполне достаточной обеспеченность психиатрическими койками по данным экспертов ВОЗ считается 1,0—1,5 койки на 1000 населения В нашей стране имеется 1,2 на 1000 населения, или 10% от общего числа коек (Жариков Н М , Киселев А С , 1990)

В детских и подростковых отделениях больные не только получают лечение, но и обучаются по программе массовой школы

С целью уменьшения неблагоприятных влияний изоляции психически больных от общества в

некоторых отделениях психиатрических больниц используется система «открытых дверей», но она приемлема для определенных групп больных, главным образом с пограничными нервно-психическими заболеваниями

В связи с увеличением продолжительности жизни населения возникает необходимость в развитии психиатрической помощи пожилым лицам В психиатрических больницах наряду со специальными отделениями для лечения пожилых лиц с психозами открываются отделения для людей этого возраста с пограничными расстройствами.

В психиатрических больницах стремятся создать условия и режим, приближающийся к таковым в соматических стационарах В связи с тем что в психиатрических отделениях больные проводят более длительный период, здесь должны быть специальные помещения для отдыха, трудовой терапии, музыкальных занятий и др. Все помещения отделения должны быть спланированы так, чтобы облегчить наблюдение персонала за больными

36.2. Внебольничная помощь психически больным

В 1923 г. были учреждены психоневрологические диспансеры, работающие по территориальному принципу Внебольничная помощь развивается в трех направлениях: совершенствуется помощь больным в психоневрологическом диспансере; развивается новый вид консультативной психиатрической помощи в этом учреждении без постановки больного на учет; совершенствуется психиатрическая помощь вне диспансера, в системе общемедицинской помощи — в психотерапевтических кабинетах поликлиник и медико-санитарных частей промышленных предприятий — для оказания ее больным с пограничными расстройствами и раннего выявления больных с другими психическими заболеваниями.

Внебольничная помощь, кроме психоневрологического диспансера, осуществляется в дневных стационарах, куда больные приходят утром, получают соответствующее лечение, участвуют в трудовых процессах, развлечениях и вечером возвращаются домой.

Существуют ночные стационары, где больные находятся после работы вечером и ночью. За это время им проводятся лечебные мероприятия, например курс внутривенных вливаний, иглорефлексотерапия, лечебный массаж и др. Утром больные возвращаются на работу.

Для детей существуют санаторные (лесные) школы, в которых ослабленные дети с различными невротическими состояниями получают соответствующую терапию и обучаются в школе. Для восстановления психического здоровья большое значение имеют создание режима труда и отдыха, длительное пребывание на свежем воздухе, занятия физкультурой. В санаторных школах дети находятся в течение одной четверти

В системе социального обеспечения находятся психоневрологические интернаты, где получают лечение больные, страдающие хроническими психическими заболеваниями.

Умственно отсталые дети обучаются в специальных вспомогательных школах. В эти школы дети могут приходить из дома или жить постоянно в интернатах при школах, где осуществляется постоянное специальное наблюдение и систематическое лечение

Дети дошкольного возраста с органическими поражениями центральной нервной системы и с заиканием получают помощь в специализированных яслях-садах, где наряду с воспитателями работают врачи-психиатры, психологи и логопеды

В обязанности психоневрологического диспансера входи лечение больных, оказание им консультативной и социальной помощи.

При диспансере имеются лечебно-трудовые мастерские, в которых работают инвалиды по психическому заболеванию, пребывание в лечебно-трудовых мастерских дает возможность проводить систематическое лечение, обеспечивать питанием и зарабатывать больным небольшое количество денег

Последние годы получила развитие специальная служба по борьбе с суицидами. Во многих городах работает «Телефон доверия», по которому в любое время суток может позвонить каждый человек, находящийся в тяжелом психическом состоянии, обусловленном жизненными неудачами Психотерапевтическую помощь по телефону оказывают психиатры и психологи, прошедшие специальную подготовку.

Для оказания психотерапевтической и психологической помощи взрослым и подросткам имеются специальные кабинеты в общесоматических поликлиниках В ряде крупных городов имеются специальные, так называемые кризисные отделения, работа в которых направлена на профилактику суицидального поведения.

В сельской местности имеется сеть психиатрических кабинетов в сельских больницах и районных поликлиниках и психиатрические отделения в центральных районных больницах (ЦРБ).

В 1976 г. в номенклатуру учреждений здравоохранения введен наркологический диспансер, являющийся основой наркологической службы.

36.3. Наркологическая служба
Наркологическая служба — сеть специализированных учреждений, оказывающих лечебно-профилактическую, медико-социальную и медико-юридическую помощь больным алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией Наркологическая служба имеет стационарные, полустационарные и внебольничные звенья
36.4. Права психически больных
В 1988 г принят Указ Президиума Верховного Совета СССР об утверждении «Положения об условиях и порядке оказания психиатрической помощи», направленный на защиту прав психически больных
В 1993 г принят специальный закон «О психиатрической помощи и гарантии прав і раждан при ее оказании» По этому Закону квалифицированная психиатрическая помощь оказывается бесплатно с учетом всех достижении науки и практики При оказании психиатрической помощи не должно унижаться достоинство больного
В Законе регламентируется проведение психиатрического освидетельствования, в нем указано, что психиатрическое освидетельствование и профилактические осмотры проводятся по просьбе или с согласия обследуемого, а несовершеннолетнего до 15 лет по просьбе или при согласии его родителей или законного представителя
Врач, проводящий психиатрическое освидетельствование, обязан представиться обследуемому или его законному представителю как психиатр, за исключением случаев, когда освидетель-ствование может быть проведено без согласия при наличии тяжелого психического расстройства с непосредственной опасностью больного для себя и окружающих и если обследуемый находится под диспансерным наблюдением
В Законе указано, что амбулаторная психиатрическая помощь лицам с психическими расстройствами оказывается в зависимости от медицинских показании в виде консультативно-лечебной помощи и диспансерного наблюдения
Консультативно-лечебная помощь оказывается врачом психиатром при самостоятельном обращении лица с психическими расстройствами, по его просьбе или с его согласия, а в отношении несовершеннолетнего (до 15 лет) по просьбе или при согласии его родителей или законного представителя
Диспансерное наблюдение устанавливается независимо от согласия лица с психическими расстройствами или его законного представителя (при признании его недееспособным) и предполагает наблюдение за состоянием психического здоровья путем регулярных осмотров и оказания необходимой медицинской и социальной помощи

При необходимости стационарного лечения лица с психическими расстройствами дают согласие на лечение в письменном виде, кроме больных, находящихся на принудительном лечении по решению суда, и больных, которые стационированы в недобровольном порядке
В недобровольном порядке, те без согласия больного, стацио-нируются лица с такими психическими расстройствами, которые делают их опасными для себя и окружающих В ряде случаев применяются меры недобровольной госпитализации, наряду с опасностью больного для себя и окружающих, при беспомощном состоянии, в котором больной не способен удовлетворять основные жизненные потребности (например при кататоническом ступоре, выраженном слабоумии) и при возможном существенном вреде его здоровью вследствие ухудшения его психическою состояния, если больной будет оставлен без психиатрической помощи
Больной, поступивший в порядке недобровольной госпитализации, в течение 48 ч должен быть осмотрен комиссией врачей, которая определяет обоснованность госпитализации Если госпи-тализация признана обоснованной, то заключение комиссии передается в суд по месту нахождения больницы для решения вопроса о дальнейшем пребывании больного в стационаре, которое требует санкции суда
Пребывание лица в психиатрическом стационаре в недобровольном порядке продолжается столько времени, сколько сохраняются основания, по которым была проведена недобровольная госпитализация (агрессивные действия в связи с бредом и галлюцинациями, активные суицидальные тенденции) Если недобровольная госпитализация сохраняется, то для продления госпитализации проводится повторное освидетельствование комиссией 1 раз в месяц первые

полгода, а затем 1 раз в 6 месяцев
Гуманное отношение к психически больным является одной из наиболее характерных черт русской психиатрии Важным является освобождение психически больных от ответственности за совершенные ими во время болезни общественно опасные действия (преступления)
В решении Синода от 1787 г указано что следует «безумных отсылать свидетельствовать к дохтурам» А в указе Сената от 23 04 1801 г «О непридании суду поверженных в уме людей и учинивших в сем состоянии самоубийство» еще более четко выражено отношение в России к психически больным, совершившим общественно опасные действия
36.5. Судебно-психиатрическая экспертиза
В соответсвии с уголовно-процессуальным и гражданско-уго-ловно-процессуальным кодексом РФ судебно-психиатрическая экспертиза проводится по постановлению следователя, прокурора и суда Экспертиза может проводиться амбулаторно, стацио-

нарно, заочно (посмертно по материалам дела) и непосредственно в судебном заседании. Экспертиза должна решить вопрос о наличии у лица, совершившего общественно опасное действие, психического расстройства и вменяемости или невменяемости в момент совершения опасных действии.
В нашем законодательстве определение невменяемости построено на сочетании двух критериев: медицинского и юридического. Медицинские критерии включают в себя указания на: а) временное расстройство психической деятельности; б) хроническую душевную болезнь; в) иное болезненное состояние (например, некоторые случаи врожденной умственной недостаточности и др.). Наличие медицинского диагноза еще не решает вопрос о невменяемости. Важное значение имеет юридический критерий, который говорит о возможности лица, привлекаемого к ответственности, отдавать себе отчет о своих действиях и руководить ими. Только совпадение юридических и медицинских критериев дает право признать лицо, совершившее общественно опасные действия, невменяемым. Сам юридический критерий включает два признака: интеллектуальный (отдавать отчет в своих действиях) и волевой (руководить своими действиями).
По статье 21 Уголовного кодекса РФ не подлежат уголовной ответственности лица, которые во время совершения общественно опасного действия находились в состоянии невменяемости, т.е. не могли осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий, либо руководить ими вследствие хронического психического расстройства, временного расстройства психической деятельности, слабоумия или иного психического состояния.
Лицу, совершившему общественно опасные действия и признанному невменяемым по решению суда, назначается принудительное лечение: в амбулаторных условиях, в психиатрической больнице на общих основаниях, в специализированной психиатрической больнице и в специализированной больнице с интенсивным наблюдением. Вопрос о характере медицинского учреждения для проведения принудительного лечения решается судом. Отменяется принудительное лечение судом.
При проведении судебно-психиатрической экспертизы в гражданском процессе используются понятия правоспособность и дееспособность.
Под правоспособностью понимается право граждан в соответствии с законом иметь имущество в личной собственности, наследовать и завещать имущество, иметь авторские права и др.
Гражданская дееспособность — это способность гражданина приобретать и осуществлять свои права, создавать для себя граж-

данские обязанности и выполнять их. Гражданская дееспособность осуществляется по достижении 18 лет, т.е. совершеннолетия.
По гражданскому кодексу дееспособность предусматривает у граждан такое психическое состояние, при котором он понимает значение своих действий и может руководить ими, т.е. находиться в здравом уме и твердой памяти.
Понятие «дееспособность» включает медицинский и юридический критерии. Медицинский — это наличие психического расстройства. Юридический отражает глубину и характер психических расстройств, т.е. способность или неспособность лица понимать значение своих действий или руководить ими. Для признания человека недееспособным оба критерия должны иметь место. Решающее значение придается юридическому критерию, так как он отражает выраженность психических расстройств, которые приводят к неспособности понимать значение своих действий и руководить ими.

36.6. Военная психиатрическая экспертиза
Военная психиатрическая экспертиза проводится на основании Расписания болезней (Приказ 315 от 22 сентября 1995 МО РФ) и предусматирвает различные требования к состоянию здоровья следующих категорий граждан:
I графа — при первоначальной постановке на военный учет призыва на военную службу;
II графа — военнослужащие, проходящие военную службу по призыву;
III графа — военнослужащие, проходящие военную службу по контракту;
IV графа — предназначенные для прохождения военной службы на подводных лодках, проходящие военную службу на подводных лодках.
В Расписании болезней предусмотрены следующие статьи для определения психического состояния военнослужащих:
14 — психотические и непсихотические расстройства вследствие органических заболеваний головного мозга. Эта статья предусматривает психозы и другие психические расстройства, возникающие вследствие травм, опухолей головного мозга, энцефалита, менингита, сифилиса мозга, сенильных и пресенильных психозов, сосудистых, дегенеративных и др. органических заболеваний или поражений головного мозга.
15 — эндогенные психозы. В эту статью относятся все формы шизофрении и маниакально-депрессивного психоза и циклотимии.
16 — симптоматические психозы и другие психические расстройства экзогенной этиологии. Предусматриваются психозы

и другие психические расстройства вследствие общих инфекций, интоксикаций, соматических заболеваний, нарушений обмена и др.
17 — реактивные психозы и невротические расстройства. В этой статье также предусматриваются острые реакции на стресс, нарушения адаптации вследствие воздействия психотравмирую-щих факторов.
18 — расстройства личности; предусматривает психопатии, патологические развития личности, все формы психического инфантилизма.
19 — хронический алкоголизм, наркомании, токсикомании. Эта статья предусматривает психические расстройства, возникающие при злоупотреблении алкоголем, наркотиками и другими токсическими веществами.
20 — умственная отсталость; предусматривает все формы умственной отсталости.
21 — эпилепсия. Статья предусматривает эпилепсию как хроническое заболевание мозга с генерализованными или парциальными припадками, психическими эквивалентами или специфическими изменениями личности. Симптоматическая эпилепсия к этой статье не относится, а рассматривается в соответствующих статьях.
В Расписании болезней указаны следующие категории годности к военной службе:
А — годен к военной службе;
Б — годен к военной службе с незначительными ограничениями;
В — органиченно годен к военной службе;
Г — временно не годен к военной службе;
Д — не годен к военной службе.
Так, негодными к военной службе признаются все лица, страдающие всеми формами шизофрении, эпилепсии, выраженными расстройствами личности.
36.7. Экспертиза трудоспособности в психиатрии
При проведении экспертизы трудоспособности перед врачом возникают два вопроса: во-первых, на основании клинических проявлений, остроты и тяжести болезни, а также значения поврежденной функции для производственной деятельности больного решить, идет речь о полной утрате трудоспособности или о ее снижении; во-вторых, носит ли утрата или снижение трудоспособности временный или стойкий характер.
Решение этих двух вопросов определяет правильность экспертной тактики по отношению к больному, выдача больничного

листа, стационарное лечение или обследование, направление на ВТЭК для оформления той или иной группы инвалидности с последующей трудовой рекомендацией.
Инвалиды по психическим заболеваниям составляют около 20% среди всех инвалидов, но по тяжести инвалидность по психическим заболеваниям стоит на первом месте, так как инвалиды I

и II групп составляют более 70%. Инвалидность по психическим заболеваниям является самой «молодой», так как более 20% инвалидов — это лица моложе 30 лет. Среди инвалидов по психическим заболеваниям очень небольшое число больных впоследствии возвращается к полной трудоспособности.

При выявлении у больного стойкой утраты трудоспособности врач-эксперт должен определить ее степень, что соответствует 3 группам инвалидности.

I группа инвалидности определяется больным, которые не могут сами себя обслуживать, нуждаются в уходе, надзоре и наблюдении. Это больные с глубоким слабоумием вследствие атрофических прцессов головного мозга или других органических заболевании и при исходных состояниях шизофрении (апатическом слабоумии).

II группа инвалидности определяется больным с выраженными и стойкими психорганическими, бредовами, галлюцинаторными расстройствами, затяжными депрессиями, утратившими в силу болезни способность выполнять производственную деятельность.

III группа инвалидности назначается больным, которые в связи с болезненными состояниями не могут в полном объеме выполнять производственные обязанности, нуждаются в ограничении нагрузки и работе в менее сложных условиях.

36.8. Неотложная психиатрическая помощь

Одной из актуальных проблем современной психиатрии являются состояния, требующие неотложной медицинской помощи. Они характеризуются особенностями психического и соматического здоровья и определяют социальный статус больного.

У психически больных из-за отсутствия критического отношения к своему заболеванию, негативного восприятия лечения и часто беспомощности состояния требуется неотложная медицинская помощь. В связи с этим неотложная помощь психически больным имеет свои особенности.

Особенности неотложной психиатрической помощи обусловлены двумя тенденциями: значительным увеличением числа выявляемых психически больных при диспансеризации и патомор-фозом психических заболеваний с увеличением вегетативных и соматических расстройств.

Выявленные тенденции потребовали, с одной стороны, переноса центра тяжести оказания неотложной помощи психически больным во вне больничные условия и с другой — более дифференцированного подхода в условиях стационара

Врач-психиатр при первом осмотре больного, помимо установления диагноза и оценки тяжести психопатологической симптоматики, должен определить степень его социальной опасности, т е выявить вероятность возникновения агрессивных и аутоагрес-сивных действий

При отнесении выявленных психопатологических симптомов к требующим неотложных мероприятий возникают определенные трудности Некоторые психиатры считают, что все психические нарушения требуют неотложных мероприятии, но чаще к ургентным (неотложным) относят те состояния, при которых, несмотря на проводимую терапию, имеется опасность летального исхода

К состояниям, требующим неотложных мероприятий, относят суицидальное поведение

Состояния, требующие безотлагательной медицинской помощи, условно делятся на две группы к первой относятся все психотические состояния, которые полностью охватывают личность больного и определяют его поведение, ко второй — так называемые критические состояния

В зависимости от клинико-психопатологических проявлений неотложная помощь психически больным оказывается в амбулаторных и стационарных условиях, а также в учреждениях проме-жуточного типа Значительно реже неотложные мероприятия психически больным проводят на дому Возможность оказания неотложной помощи в амбулаторных условиях определяется кли-нической картиной заболевания При этом решающим фактором является не тяжесть и глубина психических расстройств, а отсутствие наклонности к социально опасным действиям (агрессии и аутоагрессии) и сохранение установки на лечение

Состояние больных, которым неотложная помощь оказывается в амбулаторных условиях, характеризуется следующими особенностями нестойкостью и фрагментарностью психических расстройств, быстрой редукцией острой психопатологической симптоматики, позитивной психотерапевтической ролью имеющихся микросоциальных условий, изъятие из которых может явиться фактором, ухудшающим течение болезни

В настоящее время значительный контингент больных, которым ранее неотложная помощь оказывалась в стационарных условиях, получает ее в отделениях лечебно-реабилитационного типа К ним относятся дневные стационары и ночные профилак-

тории, развернутые, как правило, на базе районных диспансеров В последние годы отмечается тенденция к созданию комплексов дневной—ночной стационар с этапом круглосуточного пребывания, который существенно расширяет возможности оказания неотложной помощи во внебольничных условиях Сохраняя все преимущества дневного стационара, такие комплексы являются по существу промежуточной организационной формой между дневным стационаром и психиатрической больницей Неотложную помощь в этих отделениях следует оказывать больным to следующими клиническими особенностями

1) с острыми и подострыми психотическими состояниями на относительно ранних этапах заболевания, когда особенности психопатологической картины и течения болезни позволяют предполагать быструю редукцию острой симптоматики Это главным образом аффективные, аффективно-бредовые и галлюцина-торно-бредовые расстройства,
2) больным, оказание неотложной помощи которым в амбулаторных условиях затруднено в связи с наличием ряда социальных или бытовых факторов, требующих временной изоляции их из психотравмирующей ситуации В то же время невыраженность психотических нарушении делает нецелесообразным помещение этих больных в психиатрический стационар Психические расстройства указанного контингента больных ограничиваются нарушениями субпсихотического регистра

Таким образом, оказание неотложной помощи в «полустационарах» приводит к сокращению продолжительности лечения, позволяет осуществлять его с наименьшим отрывом от привычной социальной среды и является экономически более выгодным

Среди состояний, требующих безотлагательной помощи, особое место занимают нарушения поведения, резко контрастирующие с предшествующим состоянием больного и привлекающие внимание окружающих Для них характерны внезапность и быстрый темп развития, в связи с чем эти больные «не доходят» до участкового психиатра

Этому контингенту больных неотложная помощь оказывается специализированными врачебными бригадами скорой психиатрической помощи В части случаев поведенческие нарушения обусловлены нестойкими психическими расстройствами (как непсихотического, так и психотического регистра) Они легко корригируются медикаментозной терапией и поддаются психотерапевтическому воздействию Эти больные не нуждаются в госпитализации

При наличии показаний к госпитализации больные направляются в психиатрическую больницу В этом случае на догоспиталь-

ном уровне при условии, что транспортировка больного не занимает много времени, проведение психотропной терапии нежелательно. Это обусловлено большой вероятностью возникновения побочных явлений и осложнений, в связи с трудностью полноценного обследования больного и угрозой развития осложнений при транспортировке.

Тем не менее в отдельных случаях возникает необходимость в медикаментозном лечении. В первую очередь речь идет о выраженном психомоторном возбуждении различной структуры. При таких состояниях наиболее безопасным и эффективным на догоспитальном этапе является парентеральное введение бензодиазе-пинов (седуксен, реланиум). На психомоторное возбуждение всех видов положительное влияние оказывает также парентеральное введение дроперидола, оксибутирата натрия, гексенала.

Построение лечебного плана при состояниях, требующих неотложной помощи, основывается на общепринятых принципах, в основу которых положен выбор наиболее эффективного препарата или комбинации препаратов. При этом следует учитывать ведущий синдром, его нозологическую принадлежность и особенности динамики заболевания. Проводимое лечение должно быть непрерывным и динамичным, учитывающим изменение статуса.

Неотложной психиатрической помощи требуют следующие синдромы: галлюцинаторно-бредовой, депрессивно-бредовой, депрессивный, маниакальное, кататоническое, гебефреническое и психопатическое возбуждение, онейроидная кататония.

В медицине под критическим состоянием (вторая группа больных, требующих неотложных медицинских мероприятий) вообще понимают наиболее тяжелый период заболевания, когда возможности саморегуляции организма оказываются исчерпанными, а сохранение жизни без современных реанимационных мероприятий невозможно.

Возникающие на фоне психотической симптоматики угрожающие жизни критические состояния условно подразделяются на следующие виды:

1) состояния, обусловленные отдельными или сочетанными сопутствующими

соматоневрологическими заболеваниями (заболевания органов дыхания, пищеварения, сердечно-сосудистой системы);
2) состояния, являющиеся наиболее тяжелым этапом самого психического заболевания (тяжелые алкогольные делирии и острые алкогольные энцефалопатии, фебрильная шизофрения, учащение эпилептических припадков и эпилептический статус);
3) состояния, являющиеся следствием индивидуальной реакции организма на общепринятое медикаментозное лечение пси-

хического заболевания; тяжелые нейролептические осложнения, включая нейролептические энцефалопатии; осложнения, возникающие после одномоментной отмены психотропных средств, затянувшиеся инсулиновые и атропиновые комы и рекомы;
4) тяжелые интоксикационные психозы, занимающие особое место среди критических состоянии.

Наиболее часто критические состояния возникают при шизофрении и алкоголизме (свыше 90% случаев посгуплении больных в отделения психиатрической реанимации)

Среди состоянии, относимых к разряду критических при шизофрении и алкоголизме, наиболее часто встречаются фсбриль-ная шизофрения и острые алкогольные энцефалопаши.

Выделение состояний, требующих неотложных мероприятии, в особую группу критических состоянии обусловлено тем, что при них, помимо патологии психической деятельности, выявляются также и выраженные изменения в одной из систем организма: сердечно-сосудистой, дыхательной, пищеварительной, выделительной. Таким образом, при критических состояниях у психически больных можно говорить о полиорганнои патологии.

Из изложенного выше становится очевидным, что при критических состояниях, возникающих у психически больных, необходима помощь не только врача-психиатра, но и других специалистов и в первую очередь реаниматолога, т.е. неотложная помощь при критических состояниях имеет качественно иной характер Оказать этому контингенту больных необходимую медицинскую помощь в полном объеме в условиях обычного отделения психиатрической больницы не представляется возможным.

Опыт деятельности такого специализированного подразделения показал, что для обеспечения оптимального лечения больных необходимо проведение следующих организационных мероприятий.

— круглосуточное наблюдение за больными, помимо врача-психиатра, врачом-реаниматологом, привлечение к работе консультантов других специальностей — невропатолога, окулиста, терапевта, хирурга;

— создание круглосуточной клинико-биохимическои экспресс-лаборатории для осуществления комплекса необходимых исследований — дополнительных тестов диагностики, индивидуального прогнозирования тяжести и характера течения критического состояния, оценки эффективности лечения и определения показаний для его коррекции

Результаты динамического клинического наблюдения и параклинических исследований этих больных дают основание заключить, что их лечение носит определенный специфический харак-

тер. Наряду с общеизвестными методами лечения критических состоянии в комплекс современных лечебных мероприятий включаются такие детоксикационные методы, как гемосорбция, лазеротерапия и гипербарическая оксигенация.

Широкое внедрение реаниматологических методов лечения при критических состояниях, а также использование современной диагностической аппаратуры существенно изменили представления об этих состояниях. При этом прослеживается определенный патоморфоз критических состояний.

При развитии психотических приступов замедлился темп нарастания психопатологических расстройств, относимых к критическому регистру; уменьшилась длительность самого критического этапа заболевания; реже стали возникать прекоматозные и коматозные состояния, относимые к терминальному регистру, появилась возможность проследить за обратным развитием психоза в тех случаях, которые ранее оканчивались летальным исходом; изменилась прогностическая значимость некоторых проявлений болезни (симптомов и синдромов).

Применение современных детоксикационных методов лечения, в особенности экстракорпоральной гемосорбции, лазеротерапии и гипербарической оксигенации, значительно уменьшило удельный вес гипоксического фактора в возникновении критических состояний, в связи с чем по выходе больных из данных состояний стали менее выраженными

интеллектуально-мнестичес-кие и астенические расстройства. Введение в комплекс лечебных мероприятий гипербарической оксигенации сделало возможным применение экстракорпоральной гемосорбции у больных с тяжелыми алкогольными делириями и острыми алкогольными энце-фалопатиями, даже при наличии значительных нарушений в свертывающей и противосвертывающей системе крови. Кроме того, применение гипербарической оксигенации значительно уменьшает вероятность развития психоорганического синдрома при электросудорожной терапии, проводимой по жизненным показаниям.
Вместе с тем необходимо отметить, что при лечении критических состояний выявились и трудности. При критических состояниях в связи с полиорганной патологией изменяется индивидуальная реактивность организма по отношению к проводимому лечению, что может сопровождаться нарушением проницаемости гематоэнцефалического барьера и приводить к прорыву нейрос-пецифических белков в кровь и их контакту с иммунокомпетент-ными клетками. Следствием такого контакта является образование аутоантител к нейроспецифическим белкам, которые в свою очередь способны проникать через поврежденный гематоэнцефалический барьер в мозг, вызывая его аутоиммунное поражение, что может обнаруживаться в клинических проявлениях критических состояний (аллергические и деструктивные реакции).

Исследования процессов прорыва нейроспецифических белков в кровь и патологической роли аутоантител к ним открыли возможности в разработке новых методов лечения этих состоянии путем экстракорпорального извлечения антител из крови.

В последние годы исследователи (Морозов ГВ, Чехонин В.П.) все большее внимание уделяют способам высокоселективного, контролируемого извлечения тех или иных биологических молекул, принимающих участие в патогенезе заболевания. Одним из наиболее специфических методов удаления из кровотока подобных соединений является иммуноадсорбция.

Эффективная неотложная медицинская помощь при критических состояниях может быть оказана только в специальных отделениях реанимации.

Дальнейшее развитие службы, проводящей неотложную терапию, распространяется в настоящее время на догоспитальный период. С этой целью создана специализированная выездная психиатрическая реаниматологическая бригада.

ЛИТЕРАТУРА

Абрамович Г.Б., Харитонов Р.А. Эпилептические психозы у детей и подростков. —Л.: Медицина. — 1979. — 142 с.

Авруцкий Г.Я., Недува А.А. Лечение психически больных. — М.: Медицина, 1988.-528 с.

Алкоголизм: Руководство для врачей / Под ред. Г.В. Морозова и др. — М.: Медицина, 1983. — 432 с.

Александровский Ю.А. Состояния психической дезадаптации и их компенсация (пограничные нервно-психические расстройства). - М.: Наука, 1976. - 272 с.

Арбатская Ю.Д. Врачебно-трудовая экспертиза в отдаленном периоде черепно-мозговой травмы. — М.: Медицина, 1975. — 42 с.

Бабаян Э.А., Гонопольский М.Х. Наркология: Учебная лит-ра для студентов мед. ин-тов. — М.: Медицина, 1987. — 336 с.

Болдырев А.И. Эпилепсия у взрослых. — 2-е изд. — М.: Медицина 1984. - 288 с.

Вальдман А.В., Александровский Ю. А. Психофармакотерапия невротических состояний. — М.: Медицина, 1987. — 288 с.

Вартанян М.Е. Современные проблемы психического здоровья: состояние и перспективы // Журн. невропатол. и психиатр. — 1989.-№ 10-С. 3-13.

Военная психиатрия / Под ред. Ф.И. Иванова. — Л.: Медицина, 1974.-424 с.

Вроно М.Ш. Шизофрения у детей и подростков (особенности клиники и течения). — М.: Медицина, 1971. — 128 с.

Ганнушкин П.Б. Избранные труды / Под ред. О. В. Кербикова. — М.: Медицина, 1964. — 252 с.

Гарбузов В.И., Захаров В. И., Исаев Д.Н. Неврозы у детей и их лечение. — Л.: Медицина, 1977. — 272 с.

Гиляровский В.А. Психиатрия. — 4-е изд. — М.: Медгиз, 1954. — 520 с.

Гиляровский В.А. Учение о галлюцинациях. — М.: Изд-во АМН СССР, 1949.- 198 с.

Гурьева В.А., Гиндикин В.Я. Юношеские психопатии и алкоголизм. — М.: Медицина, 1980. — 272 с.

Добржанская А. К. Психические и нейрофизиологические нарушения при эндокринных

заболеваниях. — М.: Медицина, 1973. — 191с.
Жариков Н.М. Эпидемиологические исследования в психиатрии. - М.: Медицина, 1977. —168 с.
Жариков Н.М., Урсова Л.Г., Хритинин Д.Ф. Психиатрия. Учебник. - М.: Медицина, 1989. - 496 с.
Имелинский К. Сексология и сексопатология: Пер. с польск. — М.: Медицина, 1986. - 424 с.
Исаев Д.Н. Психическое недоразвитие у детей. —Л.: Медицина, 1982.-223 с.
Исаев Д. Н., Каган Е.В. Психогигиена пола у детей: Руководство для врачей. —Л.: Медицина, 1986. — 336 с.
Каннабих Ю.В. История психиатрии. — М.: Госмедизд-во, 1928.-411 с.
Карвасарскии Б.Д. Неврозы: Руководство для врачей. — 2-е изд. - М.: Медицина, 1990. — 573 с.
Карвасарскии Б.Д. Психотерапия. — М.: Медицина, 1985. — 304с.
Кербиков О.В. Избранные труды. — М.: Медицина, 1971. — 311 с
Кербиков О.В., Корки на М. В., Наджаров Р. А., Снежневский А. В. Психиатрия. — 2-е изд. — М.: Медицина, 1968. — 448 с.
Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста: Руководство для врачей. - М.: Медицина, 1979. - 607 с.
Ковалев В.В. Семиотика и диагностика психических заболеваний у детей и подростков. — М.: Медицина, 1985. — 286 с.
Колупаев Г. П., Пятницкая И.Н., У раков И. Г., Найденова Н.Г. Методическое руководство для врачей по наркоманиям (клиника, диагностика, течение, профилактика). — М.: Воениздат, 1991. — 156 с.
Колупаев Г.П., Лукомский М.И. Методическое руководство по лечению больных алкоголизмом. — М.: Воениздат, 1991. — 104 с.
Коркина М.В. Дисморфомания в подростковом и юношеском возрасте. — М.: Медицина, 1984. — 221 с.
Коркина МВ., Цивилько М.А., Марилов В.В. Нервная анорексия. - М.: Медицина, 1986. — 176 с.
Краснушкин Е К. Избранные труды — М.: Медгиз, 1960. — 608 с.
Лакосина Н.Д. Клинические варианты невротического развития. — М.: Медицина, 1970. — 222 с.
Лакосина Н.Д., Ушаков Г.К. Медицинская психология. — 2-е изд. — М.: Медицина, 1984. — 334 с.
Леонгард К. Акцентуированные личности: Пер. с нем. — Киев: Вища школа, 1981.-390 с.
Личко А.Е. Подростковая психиатрия: Руководство для врачей. — 2-е изд. — Л.: Медицина, 1985. — 416 с.
Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. — 2-е изд. — Л.: Медицина, 1985. — 255 с.
Личко А.Е. Шизофрения у подростков.—Л.: Медицина, 1989. — 215 с.
Личко А.Е., Битенский В.С. Подростковая наркология: Руководство для врачей. —Л.: Медицина, 1991. — 302 с.
Лукомский И.И. Маниакально-депрессивный психоз. — М.: Медицина, 1968. - 159 с.
Лурье Г.А. Внутренняя картина болезни и иатрогенные заболевания. — 4-е изд. — М.: Медицина, 1977. — 112 с.
Матвеев В.Ф. Учебное пособие по психиатрии. — М.: Медицина, 1975.-351 с.
Морозов В.М. О современных направлениях в зарубежной психиатрии и их идейных истоках. — М.: Медгиз, 1960. — 267 с.
Морозов Г.В., Боголепов Н.Н. Морфинизм. — М.: Медицина, 1984.- 173 с.
Невзорова ТА. Лекции по психиатрии. — М.: Медицина, 1976. — 382 с.
Нуллер Ю.Л., Михайленко И.Н. Аффективные психозы — Л.: Медицина 1988.-264 с.
Общая сексопатология: Руководство для врачей / Под ред. Г.С. Васильченко. — М.: Медицина, 1977. — 488 с.
Портнов А.А., Пятницкая И.Н. Клиника алкоголизма. — Л.: Медицина, 1971. — 368 с.
Попов Е.А. Материалы к клинике и патогенезу галлюцинаций. — Харьков, 1941.-270 с.
Портнов А.А., Федотов Д.Д. Психиатрия. — 2-е изд. — М.: Медицина, 1965. — 276 с.
Проблемы постнатального соматопсихического развития / Под ред. Г. К. Ушакова и др. - М.: Медицина, 1974. - 316 с.
Пятницкая И.Н. Клиническая наркология. — Л.: Медицина, 1975.-334 с.
Ромасенко В.А., Скворцов К.А. Психические нарушения при раке. — М.: Медицина, 1961. — 387 с.
Руководство по психиатрии / Под ред. А.В. Снежневского. — М.: Медицина, 1983. -Т. 1-2.
Руководство по психиатрии / Под ред. Г.В. Морозова. — М.: Медицина 1988. -Т. 1-2.

Руководство по психотерапии / Под ред. В.Е. Рожнова. — 2-е изд. — Ташкент: Медицина, 1979. — 637 с.
Саарма Ю.М., Мехилане Л.С. Психиатрическая синдромология. - Тарту, 1980.-80с.
Семке В.Я. Истерические состояния. — М.: Медицина, 1988. — 224 с.
Смулевин А.Б. Малопрогредиентная шизофрения и пограничные состояния. — М.: Медицина, 1987. — 240 с.
Снежневский А.В. Общая психопатология: Курс лекций. — Валдай, 1970.- 100 с.
Стрельчук И.В. Острая и хроническая интоксикация алкоголем. — 2-е изд. — М.: Медицина, 1973. — 384 с.
Судебная психиатрия. Руководство для врачей / Под ред. Г.В. Морозова. — М.: Медицина, 1988. — 400 с.
Сухарева Т.Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста. — М.: Медгиз, 1955—1965. — Т. 1—3.
Тиганов А.С. Фебрильная шизофрения. — М.. Медицин?. 1982.- 128 с.
Тополянский В.Д., Струковская М.В. Психосоматические расстройства: Руководство для врачей. — М.: Медицина, 1987. — 304 с.
Ушаков Г.К. Детская психиатрия. — М.: Медицина, 1973. — 392 с.
Ушаков Г.К. Пограничные нервно-психические расстройства. — 2-е изд. — М.: Медицина, 1987. — 304 с.
Фрейд 3. Избранное. — М.: Внешторгиздат, 1989. — 448 с.
Фрейд 3. Психология бессознательного. - М.: Просвещение, 1990.-448 с.
Хохлов Л.К., Ильина В.Н., Сырейщиков В.В. Профессиональное воспитание через предмет в курсе психиатрии и медицинской психологии: Учебное пособие. — Ярославль, 1986. — 74 с.
Целибеев Б.А. Психические нарушения при соматических заболеваниях. — М.: Медицина, 1972. — 280 с.
Частная сексопатология: Руководство для врачей / Под ред. Г. С Васильченко. — М.: Медицина, 1983. —Т. 1—2.
Штернберг Э.Я. Геронтологическая психиатрия. — М.. Медицина, 1977.-216 с.
Энтин Г.М. Лечение алкоголизма и организация наркологической помощи. — М.: Медицина, 1979. — 288 с.
Якубик А. Истерия. Методология. Теория. Психопатология: Пер. с польск. — М.: Медицина, 1982. — 342 с.

ПРЕДМЕТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ

Мария Васильевна Коркина,
Надежда Дмитриевна Лакосина,
Андрей Евгеньевич Личко,
Игорь Иванович Сергеев

ПСИХИАТРИЯ
Учебник для студентов

Ответственный редактор Е Г Чернышева
Выпускающий редактор В Ю Кульбакин
Компьютерный набор и верстка С В Шацкая, Д А Демагин
ISBN 5-46322-054-3
Лицензия ИД №04317 от 20 04 01 г Подписано в печать 19 06 06 Формат 84x108/32.
Печать офсетная Объем 18 п л
Гарнитура Newton C Тираж 3000 экз.
Заказ №1598
Издательство «МЕДпресе-информ»
107140, Москва, ул. Краснопрудная, д 1, стр. 1
Для корреспонденции 105062, Москва, а/я 63
E-mail office@med-press.ru
Www.med-press.ru
Отпечатано с готовых диапозитивов

в типографии ОАО «Новости»
Москва, ул. Ф. Энгельса, 46